



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgico

(Vertente Pessoa Idosa)

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**"Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa com
Patologia Osteoarticular: A Consulta de
Enfermagem como Agente Facilitador no Processo
de Transição para a Intervenção Cirúrgica"**

Sandrina Fernandes

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica

(Vertente Pessoa Idosa)

Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa com Patologia Osteoarticular: A Consulta de Enfermagem como Agente Facilitador no Processo de Transição para a Intervenção Cirúrgica

Relatório de Estágio

Orientado por: Prof. Doutora Adriana Henriques

Elaborado por: Sandrina Fernandes

2013

“A vida é uma grande universidade mas, pouco ensina a quem não sabe ser um aluno...”

Augusto Curry

Agradecimentos:

À professora Doutora Adriana Henriques pela disponibilidade e tutorias realizadas;

À Enfermeira Chefe Luísa Dias, pela orientação e experiência profissional;

Aos enfermeiros que contribuíram directamente ou indirectamente para este projecto;

Aos colegas de serviço pelo apoio dado nos momentos mais difíceis;

Aos amigos pela motivação dada ao longo deste percurso;

À minha família pelo apoio incondicional, principalmente os meus pais Hermínia
Fernandes e Arlindo Fernandes;

E por fim, à minha querida filha, pela compreensão do tempo “perdido” entre nós as
duas...

Resumo

Em virtude do aumento da taxa de envelhecimento a nível global e a evolução tecnológica na área da medicina, faz com que a percentagem de pessoas idosa que irá ser submetida a um procedimento cirúrgico aumente proporcionalmente, pressionando deste modo, uma adaptação dos serviços de saúde a este fenómeno mundial. A cirurgia é considerada uma ferramenta importante para melhorar a função e a qualidade de vida de um individuo mas, a pessoa idosa tem uma maior probabilidade de desenvolver complicações no pós-operatório, sendo assim, pertinente capacitar os profissionais de saúde para a prestação de cuidados dirigidos a esta faixa etária, independentemente do contexto cirúrgico em causa. O reconhecimento das alterações associadas ao processo de envelhecimento numa fase pré-operatória têm o potencial de influenciar positivamente os resultados pretendidos no pós-operatório, tanto para o individuo como para as instituições de saúde. Temos assim, uma população cada vez mais envelhecida a ser submetida a uma intervenção cirúrgica, necessitando de uma avaliação e preparação mais complexas, de forma a responder às suas necessidades individuais. Mas, qual será a melhor estratégia para responder às necessidades de uma população idosa numa fase pré-operatória? Quais serão as necessidades dos idosos que vão ser submetidos a um procedimento cirúrgico ortopédico? Estas questões surgiram como força impulsionadora para a realização de uma consulta de enfermagem de preparação pré-operatória, tendo como objectivos proporcionar ao idoso e seu cuidador uma transição saudável, face a uma intervenção cirúrgica e, promover e assegurar intervenções de enfermagem adequadas no atendimento à pessoa idosa e seu cuidador no período pré-operatório. Este projecto foi desenvolvido no Serviço de Consulta Externa de Ortopedia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (H.S.José). Para a efectivação da consulta foram criados diversos instrumentos (fluxograma, panfletos e um registo de enfermagem), onde se aplicam escalas de avaliação específicas à pessoa idosa. Os resultados advindos com a aplicação do projecto são escassos devido à limitação de tempo mas, apesar da amostra reduzida, poderemos concluir que os instrumentos de avaliação e de diagnóstico de enfermagem usados na consulta proporcionaram uma visão mais completa do individuo nos domínios biopsicossocial.

Palavras-chave: idoso, preparação pré-operatória, enfermagem, avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Abstract

Due to the increased rate of aging at the global level and technological developments in the field of medicine, makes the percentage of elderly people who will be subjected to a surgical procedure increases proportionally, pressing this way, an adaptation of health services to this worldwide phenomenon. Surgery is considered an important tool to improve the function and quality of life of an individual but the elderly have a higher probability of developing postoperative complications, so relevant empower health professionals to provide care directed to this age group, regardless of the surgical concerned. The recognition of the changes associated with the aging process in the preoperative phase have the potential to positively influence the desired outcomes postoperatively, both for the individual and for healthcare institutions. We have thus an increasingly aging population to undergo surgery, requiring a more complex evaluation and preparation in order to meet their individual needs. But what is the best strategy to meet the needs of an aging population in the pre-operative? What are the needs of seniors who are about to undergo a surgical procedure orthopedic? These issues emerged as the driving force for the realization of a nursing consultation for preoperative preparation, with the objectives to provide the elderly and their caregivers healthy transition, before a surgical intervention, and promote and ensure appropriate nursing interventions in the care of elderly and their caregivers in the preoperative period. This project was developed at the Department of Outpatient Orthopedic Hospital Center Lisbon Central, EPE (HSJosé). In order to complete the consultation have created various instruments (customer's circuit, pamphlets and a new registration nursing) which apply rating scales specific to the elderly. The results arising from the implementation of the project are scarce due to limited time, but despite the small sample size, we conclude that the assessment tools and nursing diagnosis used in the query provided a more complete picture of the individual in the biopsychosocial domains.

Keywords: elderly, preoperative, nursing, comprehensive geriatric evaluation.

Lista de quadros

Quadro 1 – Alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e seu significado em complicações perioperatórias	Pág.16
Quadro 2 – Factores de risco e indicadores de desnutrição.....	Pág.28
Quadro 3 – Categorização.....	Pág.39

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Prevalência de patologias osteoarticulares submetidas a intervenção cirúrgica, na pessoa idosa (de Nov. de 2011 a Janeiro de 2012)	Pág.37
Gráfico 2 – Proveniência de utentes da consulta externa de Ortopedia, no período de Nov.2011 a Janeiro 2012.....	Pág.37
Gráfico 3 - Relação entre o nº de consultas de enfermagem realizadas, nº de idosos observados e nº de consultas não realizadas.....	Pág.48
Gráfico 4 – Distribuição de doentes saídos do Serviço de internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José), segundo a idade e o sexo.....	Pág. 87
Gráfico 5 – Número de idosos operados no mês de Novembro de 2011, no serviço de Internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José).....	Pág. 87
Gráfico 6 – Número de idosos operados no mês de Dezembro de 2011, no serviço de Internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José).....	Pág. 88
Gráfico 7 – Número de idosos operados no mês de Janeiro de 2012, no serviço de Internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José).....	Pág. 88

0. ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. QUADRO CONCEPTUAL	
2.1. Envelhecimento e contexto cirúrgico	15
2.2. O idoso e a intervenção cirúrgica	17
2.3. Cuidados de Enfermagem Pré-operatório à Pessoa Idosa	19
3. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO	
3.1. Questões éticas	35
3.2. Diagnóstico de situação	36
3.3. Objectivos	44
3.4. Actividades desenvolvidas	46
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	59
5. LIMITAÇÕES DO PROJECTO	62
6. CONCLUSÃO	63
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICE I – Guia de Entrevista aos enfermeiros	71
APÊNDICE II – Inquéritos realizados aos idosos	75
APÊNDICE III – Análise SWOT	81
APÊNDICE IV- Dados estatísticos	85
APÊNDICE V – Pedido de autorização à instituição de saúde para a aplicação de Inquéritos	89
APÊNDICE VI- Resultados dos Inquéritos	93
APÊNDICE VII – Fluxograma	97
APÊNDICE VIII- Impresso do registo das consultas efectuadas	101
APÊNDICE IX- Guia da Consulta de Enfermagem	105
APÊNDICE X – Folha de Registo de Enfermagem	165
APÊNDICE XI- Folheto I (Procedimentos hospitalares)	171
APÊNDICE XII- Folheto II (Conceitos gerais para uma intervenção cirúrgica)	175
APÊNDICE XIII- Folheto: Prótese total do Joelho-cuidados após cirurgia	179

APÊNDICE XIV- Folheto: Prótese Total da Anca – cuidados após cirurgia	183
APÊNDICE XV- Grelha de avaliação dos instrumentos criados para a consulta	187
APÊNDICE XVI- Grelha de avaliação dos registos de enfermagem da consulta pré-operatória	191
APÊNDICE XVII- Sessão de Formação	195
APÊNDICE XVIII- Registo de presenças na sessão de formação	215
APÊNDICE XIX- Experiência numa Equipa de Cuidados Continuados Integrada-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada de Benfica	219

1. INTRODUÇÃO

A velhice é o último período da evolução natural da vida (Imaginário, 2002). Implica um conjunto de diversas situações, nomeadamente, fisiológicas, psicológicas, sociais, económicas e políticas, que compõem o quotidiano das pessoas que atravessam essa fase (Imaginário, 2002) e, tem atraído de forma crescente o interesse individual e colectivo, devido às implicações que acarreta (Osório e Pinto, 2007).

Segundo Imaginário (2002), o envelhecimento pode ser analisado sob duas perspectivas, a individual, que assenta numa maior longevidade dos indivíduos, isto é, no aumento da esperança média de vida e, o envelhecimento demográfico que se define pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total.

Um dos acontecimentos mais marcantes desde meados do séc. anterior até aos dias de hoje é o processo de envelhecimento da sociedade a nível mundial. Um fenómeno que afecta directamente ou indirectamente os países envolvidos (Osório e Pinto, 2007). Segundo os censos de 2011, a população de idosos residentes em Portugal é cerca de 18%, e essa percentagem têm tendência a aumentar nos anos vindouros (INE - Instituto Nacional de Estatística, 2011). Este aumento resulta da transição demográfica, definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevada para um modelo em que ambos os fenómenos descritos atingem níveis mais baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens, e do alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos (Imaginário, 2002). Para este envelhecimento tem sido historicamente determinante o declínio da taxa de fecundidade, contudo, uma vez atingidos os baixos níveis nesta taxa, alterações na mortalidade e o consequente aumento da esperança média de vida assumem também um papel relevante neste contexto (Quintal, Lourenço e Ferreira, 2012; INE, 2011).

O envelhecimento da população coloca vários desafios aos decisores de política e tem sido apontado como uma das causas, a par de outras, pelo crescimento das despesas com os cuidados de saúde (Pignatelli, 2006). Efectivamente, a necessidade de utilização de cuidados de saúde tende a aumentar com a idade, face à probabilidade acrescida de aparecimento de doenças crónicas, bem como as co- morbilidades e incapacidade associadas (Pignatelli, 2006; Quintal et al, 2012). Na população de idosos o risco de hospitalização devido a situações agudas ou crónicas também aumenta, porque as

peessoas idosas tendem a apresentar patologias diversas e níveis consideráveis de dependência (Carvalhais e Sousa, 2011; Chen et al, 2010; Ellis et al, 2011). Em Portugal há mais de 75 mil reinternamentos por ano e cerca de metade envolvem pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que, mais de 290 mil internamentos por ano são superiores a 7 dias (Carvalhais e Sousa, 2011). Embora a maior parte das hospitalizações de pessoas idosas se devam a condições médicas, 35% dos internamentos hospitalares destinam-se aos serviços cirúrgicos (Manley e Bellman, 2003). As taxas cirúrgicas são 55% mais altas nos indivíduos com mais de 65 anos – 215 operações por 1000, contra 120 por 1000 nos indivíduos com menos de 65 anos; nos indivíduos com mais de 75 anos, esse valor acresce um terço das intervenções (Manley e Bellman, 2003).

Associando o aumento das doenças crónicas, em virtude do aumento do envelhecimento de uma população e a evolução tecnológica na área da medicina, faz com que a percentagem de população com 65 e mais anos, que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica em pelo menos uma vez, ronde entre os 25% a 35%, pressionando deste modo, uma adaptação dos serviços de saúde a este fenómeno mundial (Phipps, Sands e Marek, 2003; Manley e Bellman, 2003; Bettelli, 2010). A cirurgia é considerada uma ferramenta importante para melhorar a função e a qualidade de vida, mas os indivíduos idosos têm uma maior probabilidade em desenvolver complicações pós-operatórias comparativamente às pessoas de outras faixas etárias, e por isso há uma necessidade crescente de profissionais de saúde capacitados para a prestação de cuidados a pessoas idosas, independentemente do contexto cirúrgico em causa (Audisio et al, 2005; Manley e Bellman, 2003; Dhesi, 2010; Dhesi, 2012 e Kim et al, 2013).

Numa população de idosos submetida a uma intervenção cirúrgica, a probabilidade de ocorrência de complicações pós-operatório é derivado maioritariamente de doenças pré-existentes e síndromes geriátricos (delirium pós-operatório, úlceras de pressão, incontinência, declínio funcional e fragilidade) subestimadas pela equipa de saúde (Dhesi, 2012; Kim et al, 2013). Estas complicações têm consequências não só para o individuo idoso como também para as próprias instituições de saúde, pois influenciam e comprometem os resultados pretendidos, tendo um impacto negativo na recuperação da pessoa idosa (aumento de tempos de internamento e de institucionalizações em lares) (Dhesi, 2012; Kim et al, 2013). O reconhecimento das alterações associadas ao processo de envelhecimento numa fase pré-operatória tem o potencial de influenciar positivamente a evolução cirúrgica (Manley e Bellman, 2003; Kim et al, 2013). Segundo Kim et al (2013),

os modelos actuais de avaliação pré-operatória tem limitações consideráveis, nomeadamente na resposta às reais necessidades de uma população envelhecida, pois a maioria baseia-se na avaliação de um determinado órgão ou sistema ou em programas de ensino, não realizando uma avaliação integral do individuo idoso. A procura de um adequado modelo de cuidados face às necessidades de uma população de idosos tem sido, desde a origem da Gerontologia, o objectivo primordial de diversos trabalhos de investigação (Ellis e Langhorne, 2005). Da revisão bibliográfica desenvolvida e da experiência profissional de contacto com o cliente idoso cirúrgico, emergiu um conjunto de inquietações que se traduzem em diversas questões: *qual será a melhor estratégia para responder às necessidades de uma população idosa numa fase pré- operatória? O que nos diz a evidencia sobre os resultados esperados, usando uma estratégia adequada? Que aspectos a considerar no cuidado ao cliente idoso numa fase pré-operatória? Quais serão as necessidades dos idosos que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica ortopédica?*

Deste modo, temos uma população cada vez mais envelhecida a ser submetida a uma intervenção cirúrgica, necessitando de uma **preparação e avaliação** mais **complexas**, de forma a otimizar os resultados pretendidos e a responder às suas necessidades individuais no domínio biopsicossocial.

As enfermeiras que prestam cuidados direccionados para um serviço de qualidade, respondendo e atendendo a aspectos relacionados com custo/efectividade, gestão de informação, coordenação dos cuidados, eficiência nas respostas às necessidades especiais de uma população cirúrgica em envelhecimento, bem como a satisfação do cliente, serão capazes de antecipar e posicionar-se para esse futuro de forma, a responder às adaptações exigidas face a este fenómeno (Rothrock, 2008). Ao longo dos tempos, a enfermagem cirúrgica têm acompanhado as teorias e os modelos que dão relevo a uma abordagem holística da pessoa, de forma a satisfazer as necessidades dos clientes, em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica (AESOP, 2006; Gomes, 2009).

O ser humano, independentemente da sua faixa etária, percorre ao longo da sua vida múltiplos processos de transições, marcado por diversos eventos críticos (Meleis, 2010). Meleis (2010) destaca o papel do enfermeiro no auxílio e na resolução das várias adversidades ocorridas ao longo do processo de transição, através da função de

educador e de ajuda. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro através da consulta de enfermagem no período pré-operatório contempla avaliar a pessoa idosa nos diversos domínios (biopsicossocial), mobilizar os recursos possíveis e estabelecer um plano de cuidados, visando auxiliar o cliente no seu processo de transição.

Assim, no âmbito do Mestrado e Pós Licenciatura de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa Idosa, foi desenvolvido um projecto intitulado “Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa com Patologia Osteoarticular: a Consulta de Enfermagem como Agente Facilitador no Processo de Transição para a Intervenção Cirúrgica”.

Como objectivos deste projecto pretende-se proporcionar ao idoso e seu cuidador uma transição saudável, face a uma intervenção cirúrgica e, promover e assegurar intervenções de enfermagem adequadas no atendimento à pessoa idosa e seu cuidador no período pré-operatório.

Como finalidade espera-se que o projecto contribua para a implementação de intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa, baseadas em diagnósticos de enfermagem, oriundos da melhor evidência.

Tendo em conta os objectivos do projecto, este foi desenvolvido no Serviço de Consulta Externa de Ortopedia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC-EPE) – H.S.José, no período de Outubro de 2012 a Março de 2013. A população contemplada no projecto são pessoas com 65 e mais anos, inscritos para uma intervenção cirúrgica e aptos pelo médico anestesista para o procedimento a realizar.

O relatório de estágio encontra-se organizado em três fases: conceptual, onde se contextualiza a problemática e se apresenta os resultados da revisão sistemática, justificando as estratégias e intervenções realizadas no decurso do estágio. Também serão definidos os conceitos pertinentes para este projecto. A fase do desenvolvimento do projecto (metodologia), onde se descreve o percurso efectuado ao longo do estágio, incluindo a população, os instrumentos desenvolvidos, o fluxograma delineado, as limitações encontradas e os aspectos éticos. Na última fase será efectuado uma análise e interpretação das intervenções e sua reflexão.

2. QUADRO CONCEPTUAL

2.1. Envelhecimento e o Contexto cirúrgico

Cuidar de pessoas idosas insere-se naquela que é, provavelmente, a área mais complexa e desafiadora da Enfermagem (Manley e Bellman, 2003).

O processo de envelhecimento é algo em que todos estamos envolvidos, desde o momento que nascemos. É definido por Manley e Bellman (2003) como um processo complexo que não ocorre da mesma maneira, ao mesmo ritmo ou com a mesma amplitude em todos os indivíduos, existindo alguma universalidade no processo de envelhecimento.

Meleis (2010) não considera o envelhecimento como uma transição em si, pois não é definido por um dia específico ou pela data de nascimento, mas sim, considera-o como um processo de ganhos e perdas que vão ocorrendo ao longo da vida, necessitando de tempo para ser assimilado. Segundo Meleis (2010) as transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas advindas pela dificuldade em gerir as mudanças ou os momentos de crise. Meleis (2010) define transição como uma mudança significativa na condição de saúde, através de alterações de processos, papéis ou de estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social. A transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento, podendo deste modo, estar mais vulnerável aos riscos, afectando a sua saúde e bem-estar (Abreu, 2011). Meleis (2010) considera como exemplos de transição, que podem constituir momentos críticos para os clientes idosos, o diagnóstico de determinada doença, a cirurgia, a reabilitação, a menopausa, a reforma, o cuidar de outro familiar e a morte. Assim, o envelhecimento é caracterizado, segundo Meleis (2010), por um período de múltiplas transições que podem ocorrer em simultâneo ou não, sendo a aposentação, a perda de entes queridos, a recolocação habitacional, a presença de doenças crónicas ou situações de vulnerabilidade e de fragilidade, algumas das transições mais frequentemente vivenciadas pelas pessoas idosas. Se por um lado, as transições podem causar um sentimento de perda, por outro podem ser mudanças agradáveis e beneficiadoras para o individuo, uma vez que este poderá adquirir novas capacidades e novos conhecimentos (Meleis, 2010).

O envelhecimento é um processo complexo e idiossincrático, e embora as alterações não possam ser prevenidas, nem todas as pessoas idosas vão vivenciar de igual modo e de igual intensidade. As diferentes partes do corpo envelhecem a velocidades diferentes, e por isso uma pessoa idosa pode exibir ou não os sinais de envelhecimento em menor ou maior grau (Manley e Bellman, 2003).

As principais alterações associadas aos processos fisiológicos de envelhecimento têm um significado importante no contexto cirúrgico (Quadro 1). Estas alterações têm um impacto directo no período perioperatório, pois resultam numa diminuição da capacidade de resposta ao *stress* e ao trauma, uma maior necessidade de monitorização intensiva de complicações, um período de recuperação e reabilitação pós-operatória mais lenta e uma necessidade urgente de avaliação exaustiva para prevenir complicações intra e pós-operatórias (Manley e Bellman, 2003).

Quadro 1 – Alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e seu significado em complicações perioperatórias

Sistema	Alteração	Significado
Geral	Diminuição da água e da massa magra; Diminuição da termorregulação	. Aumento da toxicidade por drogas; . Aumento risco de hipotermia.
Pele	Diminuição da epitelização; Diminuição do fluxo sanguíneo	Diminuição da capacidade de cicatrização; Aumento do risco de escaras
Cardíaco	Diminuição da fibra elástica do coração; espessamento da parede cardíaca e do endocárdio; rigidez das válvulas mitral e aórtica; Alterações da função diastólica; Diminuição da compliance arterial.	Aumento do distúrbio de condução; Aumento do risco de hipotensão; ICC direita; Aumento da hipertensão sistólica e hipertrofia VE; Aumento do risco de hipotensão.
Pulmonar	Alteração dos mecanismos de ventilação; Diminuição resposta a hipercapnia; Diminuição dos mecanismos de protecção da via aérea	Risco acrescido na utilização de terapêutica sedativa; Aumento de risco de aspiração/ infecção; Diminuição da capacidade vital
Renal	Diminuição da taxa de filtração	Aumento da vida média de

	glomerular; Diminuição da excreção de creatinina; Diminuição de resposta à deficiência de Na; Diminuição da capacidade excreção de água e sódio	terapêutica administrada; Aumento do risco de insuficiência renal; Aumento do risco de depleção de volume; Sobrecarga de volume e sódio.
Imune	Alterações no timo Diminuição de linfócitos T	Aumento de infecção
Hepática	Diminuição do fluxo sanguíneo	Aumento vida média de terapêutica administrada
Endócrina	Diminuição de secreção e acção de insulina	Hiperglicemia de sobrecarga; Intolerância à glucose
Sentidos	Diminuição da transparência e da elasticidade do cristalino Degeneração da cóclea	Diminuição da capacidade de adaptação a mudanças de luz; Diminuição da capacidade de ouvir sons de alta frequência
Gastro-intestinal	Diminuição da produção de saliva e da peristálise esofágica; Diminuição da secreção de ácido clorídrico e das enzimas digestivas; Diminuição da motilidade intestinal e do tônus muscular	Anemia devido a má absorção de ferro e de vitamina B12; Obstipação.
Aparelho neurológico	Diminuição do número de neurónios; Diminuição do número de fibras nervosas e alteração na velocidade de condução nervosa; Alterações no mecanismo termo-regulador	Aumento da tolerância á dor; Indivíduos susceptível a estados confusionais agudos; Resposta lenta a mudanças de temperatura ambiente.

(Adaptado de Manley e Bellman, 2003; Leme et al,2011)

2.2. O idoso e a intervenção cirúrgica

O objectivo de qualquer procedimento cirúrgico é proporcionar ao idoso uma qualidade de vida melhorada, de preferência superior que a que tinham antes da intervenção, proporcionando não só mais alguns anos de vida mas, a possibilidade de beneficiar de mais alguns anos de uma vida mais funcional (Dhesi, 2010; Manley e Bellman, 2003).

Manley e Bellman (2003) mencionam as intervenções cirúrgicas mais frequentes na população de idosos, sendo o género uma variável importante que influencia o tipo de cirurgia realizada. As cirúrgicas mais frequentes nas mulheres idosas são a artroplastia total da anca e a redução de fracturas, a cirurgia ao cristalino e a colecistectomia. Nos homens idosos, a prostatectomia, a hérnia inguinal e as cirurgias ao cristalino são as intervenções mais intervencionadas.

A idade como factor de risco para a cirurgia?

Segundo Manley e Bellman (2003) a resposta a esta questão depende da perspectiva com que se analisam os dados. Kim et al (2013) e Dhesi (2010) referem que, num contexto cirúrgico existe um significativo aumento nas taxas de mortalidade, face às comorbilidades associadas à idade avançada, onde as condições geriátricas presentes são importantes factores que directamente ou não vão influenciar os tempos de internamento e aumentar a possibilidade de institucionalização em lares.

Manley e Bellman (2003) referem que, a melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas, o avanço verificado nos sistemas de monitorização e a generalização de uma pesquisa pré-operatória de riscos cirúrgicos mais completa e rigorosa, contribuíram todas para diminuir significativamente as taxas de mortalidade cirúrgica na idade geriátrica.

Na primeira metade do séc. XX a taxa de mortalidade após uma intervenção cirúrgica em clientes idosos com idade superior a 70 anos de idade era elevada (19% comparada com 5% dos dias de hoje) (Manley e Bellman, 2003; Audisio et al, 2005). Com a evolução da medicina também evoluiu o conhecimento das condições geriátricas e, nos anos '80 e '90, reconheceu-se a importância e a influência de determinados factores geriátricos nos resultados pretendidos no período pós-operatório (Audisio et al, 2005). Portanto, a idade por si própria já não é considerada uma contra-indicação à cirurgia, sendo necessário considerar outros factores e realizar estratégias que estejam de acordo com esses factores. Estes factores incluem as alterações fisiológicas que caracterizam o envelhecimento, a presença de patologia subjacente, a natureza e duração da intervenção cirúrgica que se vai realizar e o momento em que é realizado o diagnóstico e a intervenção cirúrgica (Brunner&Suddarth, 2002; Manley e Bellman, 2003).

O processo de envelhecimento condiciona uma diminuição da reserva fisiológica (definida como a capacidade de um órgão em retornar ao normal após um distúrbio no

seu equilíbrio) mas, as suas implicações ainda não são conclusivas, sendo o declínio da função cardíaca, respiratória e renal considerados adversos no prognóstico cirúrgico (Dhesi, 2010; Mandely e Bellman, 2003). As alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento afectam, até determinado ponto, todos os clientes idosos mas, existem no entanto, factores importantes e específicos a cada cliente, sendo a gravidade e a extensão da patologia subjacente do cliente idoso que vai ser submetido a um procedimento cirúrgico um dos factores a considerar (Mandely e Bellman, 2003). Dhesi (2010) refere que patologias cardíacas, como isquémia do miocárdio, insuficiência cardíaca e arritmias são fortes preditores de ocorrência de complicações no pós-operatório. As patologias pulmonares, demência, desnutrição e mais recentemente incluído, as anemias, também estão implicadas nos preditores adversos de originar complicações. A maior parte da morbilidade presente no cliente idoso está relacionada com as patologias pré-existentes e não com a idade cronológica (Dhesi, 2010; Harari et al, 2007). Estima-se que 50% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos apresentam uma ou mais patologias subjacentes (cardiorespiratório, metabólica ou neurológica), e que 10 a 15% daqueles com idades superiores a 80 anos apresentam ainda uma demência associada, sendo deste modo, considerado um grupo de risco, face à crescente possibilidade de desenvolver complicações no pós-operatório (Dhesi, 2010; Harari et al, 2007).

Os outros factores a considerar no risco cirúrgico são o tipo de cirurgia e o momento do diagnóstico e sua intervenção. As pessoas idosas são consideradas um grupo de risco porque a patologia cirúrgica pode ter um início mais súbito ou ser de diagnóstico mais difícil e como tal o tratamento também mais difícil, devido à ausência de sinais clássicos (Mandely e Bellman, 2003).

Assim, numa fase pré-operatória é essencial o reconhecimento de determinadas condições geriátricas que poderão comprometer os resultados numa fase pós-operatória (Dhesi, 2010; Kim et al, 2013).

2.3. Cuidados de enfermagem pré-operatório à pessoa idosa

As alterações fisiológicas do envelhecimento variam entre os indivíduos idosos, como no mesmo indivíduo. O curso dessas alterações pode ser influenciado pela presença de

outras patologias, agudas ou crónicas, provavelmente independentes da intervenção cirúrgica a que o idoso será submetido, mas que podem influenciar os resultados da cirurgia (Mandely e Bellman, 2003). Uma simples avaliação às condições essencialmente fisiológicas não é suficiente para responder às reais necessidades da pessoa idosa, sendo exigido uma avaliação exaustiva da complexidade das co-morbilidades existentes (Audisio et al, 2005). Isto implica avaliações pré-operatórias bem estruturadas e delineadas para atender as necessidades de uma população idosa, de forma a prevenir complicações no pós-operatório (Dhesi, 2010; Kim et al, 2013).

O propósito da avaliação do idoso é identificar os aspectos positivos e as limitações deste, de modo que possam ser realizadas intervenções efectivas e apropriadas, visando promover o funcionamento mais satisfatório e a prevenir a incapacidade e a dependência (Lueckenotte, 2002). Uma cuidadosa avaliação centrada em diagnósticos de enfermagem e fundamentada em profundos conhecimentos gerontológicos é essencial para a identificação das respostas dos clientes que reflectam necessidades não atendidas (Lueckenotte, 2002). Muitos instrumentos e estruturas estão disponíveis para a orientação do profissional de enfermagem na avaliação da pessoa idosa mas, independentemente do instrumento ou da estrutura utilizada, o profissional de enfermagem deve respeitar os seguintes princípios: utilização de uma abordagem individual, considerar o cliente idoso como participante no controlo e no tratamento e, ênfase na capacidade funcional do cliente (Lueckenotte, 2002).

Cada pessoa idosa é um ser único e requer uma avaliação de enfermagem detalhada, englobando os domínios biopsicossociais (Mandely e Bellman, 2003).

A avaliação pré-operatória deverá estar focada não na doença mas sim, no reconhecimento das morbilidades, na identificação de questões relacionadas com a patologia e a avaliação da capacidade funcional. Contudo, deverá também ser encarada como uma oportunidade de optimização de questões médicas, funcionais e psicossociais (Dhesi, 2010; Kim et al, 2013).

- Avaliação funcional

A avaliação do estado funcional é uma medida da capacidade funcional do indivíduo em realizar as actividades de vida diárias independentemente (Lueckenotte, 2002). Segundo Botelho (2000) o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A aplicação deste conceito na prática clínica baseia-se na classificação internacional da OMS, em que são descritos e classificados três níveis de consequências das doenças – deficiência (perda de autonomia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica), actividade/restricção da actividade (restricção ou perda da capacidade de praticar actividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de uma deficiência) e participação/restricção da participação (desajustamento entre limitações sugeridas, em consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal) (Botelho, 2000).

O conceito de dependência funcional surge na sequência das noções anteriores, sendo consequência de uma deficiência e/ou incapacidade/restricção da actividade e constitui uma desvantagem social/restricção da participação, que leva à necessidade do auxílio de terceiros para a execução de determinadas actividades (Botelho, 2000).

Ao conjunto das actividades básicas diárias, como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer, é dada a designação de Actividades de Vida Diária (AVD) e autonomia física (Botelho, 2000). A escala desenvolvida por Kartz é uma das mais antigas e mais utilizadas escalas de autonomia física e inclui as seis tarefas anteriormente mencionadas (Botelho, 2000). Como complemento da informação sobre as actividades diárias existem escalas de avaliação de autonomia instrumental (AIVD), que incluem tarefas relacionadas com a integração dos indivíduos no meio ambiente. A primeira destas escalas foi desenvolvida e validada por Lawton e Brody e continua a ser uma referência nos dias de hoje (Botelho, 2000).

O declínio funcional numa população de idosos hospitalizados tem uma incidência entre 15% a 50%, sendo uma das principais complicações conhecidas e experienciadas pelos profissionais de saúde e, deste modo tem sido considerado um foco dos cuidados durante e após a admissão hospitalar (Buurnman et al, 2010; Suijker et al, 2012). A dependência

funcional tem sido apontada como um forte preditor de complicações pós-operatórias, estando associado ao risco de infecção, delirium pós-anestésico, institucionalização e mortalidade em 6 meses (Chow et al, 2012).

No contexto cirúrgico é importante realizar uma avaliação da capacidade funcional do idoso proposto para cirurgia, de forma a estabelecer a “linha base” de cada cliente e determinar o equilíbrio entre as actividades que o cliente precisa de cumprir no seu dia-a-dia e os recursos existentes, de forma a auxilia-lo nesse desafio (Manley e Bellman, 2003). Ter conhecimento da capacidade funcional do cliente antes da cirurgia facilita o planeamento das intervenções para manter as capacidades no período pré-operatório, e para recuperar o nível óptimo de independência no período pós-operatória (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação psicossocial

- Avaliação de questões sociais

A relação existente entre o idoso e a sua família desempenha um papel fundamental no nível de saúde e bem-estar (Lueckenotte, 2002).

Este domínio não é habitualmente avaliado de uma forma sistemática, sendo diversos os problemas relacionados com a sua avaliação, entre os quais a insuficiente definição de conceitos (Botelho, 2000).

A rede social é definido como um conjunto de pessoas com quem o indivíduo tem e mantém contactos, quer sejam familiares, amigos, vizinhos, entre outros (Botelho, 2000). A rede social pode ser classificada quanto à sua composição e extensão, ou intimidade e dispersão geográfica, mas segundo Murianski (1978) citado por Botelho (2000), os aspectos quantitativos são de pouco valor se as interacções forem negativas.

O apoio social é designado pela disponibilidade das pessoas com as quais um indivíduo pode contar para determinadas ajudas (Botelho, 2000). Constitui um elemento de informação útil a nível individual, mas de pequena fiabilidade em estudos populacionais, uma vez que engloba respostas de natureza hipotética (Botelho, 2000). Quando à solidão, que é definido segundo Botelho (2000), como um sentimento de perda ou falta de

acompanhamento, não existe evidência clara da sua relação com a extensão e a qualidade das redes sociais.

No contexto pré-operatório, o estudo da situação social do cliente é fundamental para determinar a disponibilidade e a capacidade dos familiares ou dos amigos que possam ser necessários para prestar cuidados competentes ao idoso após a alta, bem como questões relacionadas com o ambiente domiciliário (Manley e Bellman, 2003). Abordar estas questões é essencial, pois as preocupações relacionadas com a vida social e familiar podem ser mais sérias para o cliente que a necessidade de cirurgia, e representa um acréscimo aos níveis de *stress* (Manley e Bellman, 2003). Através da colaboração do cliente idoso e seu cuidador, consegue-se antecipar os problemas e resolve-los, mesmo que as circunstâncias possam requerer encaminhamento para uma rede de prestação de cuidados sociais ou de saúde, após a alta hospitalar (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação de questões emocionais

A cirurgia, seja electiva ou de emergência, é um evento complexo e gerador de *stress*, sendo considerada uma experiência única para cada pessoa e depende de factores de ordem psicossocial e fisiológica, não existindo uma solução ou estratégia adequada para solucionar as emoções sentidas (Garretson, 2004 e Pritchard, 2011).

Qualquer procedimento cirúrgico é precedido pelo cliente por algum tipo de reacção emocional, seja ela óbvia ou oculta, normal ou anormal (Brunner e Suddarth, 2002). Exemplo de uma reacção mais comum e conhecida é a ansiedade – a ansiedade é uma reacção adaptativa normal ao *stress* da cirurgia. Segundo Pritchard (2011), existe uma relação entre a ansiedade, factores psicológicos e a cirurgia (muitos clientes expressam medo perante a perda de controlo e de independência mas, também apresentam preocupações relacionadas com o diagnóstico, a anestesia, a cirurgia, a dor e o facto de estar inconsciente). No período pré-operatório a ansiedade pode ser uma resposta antecipatória a uma experiência que o cliente percepção como ameaçadora para a sua vida, estando muitas vezes relacionada à experiência cirúrgica (anestesia e dor) e ao resultado da própria intervenção. A ansiedade pode ser reduzida, se o cliente percepção a cirurgia como um evento positivo (cirurgias curativas), proporcionar alívio ao desconforto ou criar um aspecto físico mais agradável. Por outro lado, a ansiedade é aumentada, quando a situação patológica subjacente representa uma ameaça à vida (Phipps et al, 2003).

Experiências cirúrgicas anteriores podem afectar, positivamente ou negativamente, o nível de ansiedade do cliente (Garretson, 2004). A ansiedade é uma força motivadora de muitos tipos de comportamentos e, tradicionalmente a sua gestão tem sido contornada ou minimizada através do fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas ou de medos pré-concebidos (Garretson, 2004).

O medo é outra reacção emocional vivenciada pelo cliente e é expressa de diferentes formas e por diferentes pessoas. O medo pode ser expresso indirectamente pelo cliente que, repetidamente faz uma série de perguntas, mesmo quando as respostas já tenham sido dadas e, para outros clientes a reacção pode ser o isolamento. O medo do desconhecido e a perda do controlo são as reacções mais comuns. Medos mais específicos estão relacionados com o tipo de cirurgia, a extensão ou incapacidade que poderá proporcionar, e podem ser influenciadas pela falta de informação ou por experiências pessoais de outrem (Brunner e Suddarth, 2002; Phipps et al, 2003). Quando um cliente expressa preocupações ou medo quanto confrontado com a iminência de uma cirurgia, é importante reconhecer essas preocupações, ouvindo e comunicando terapêuticamente (Brunner e Suddarth, 2002). Perante esta situação a enfermeira deverá desmitificar falsas concepções e informações erróneas e, proporcionar o quanto possível uma sensação de tranquilidade. Além dos medos relacionados com a cirurgia, o cliente geralmente tem presente outras preocupações, tais como, problemas financeiros, espirituais e ou sociais (Brunner e Suddarth, 2002; Phipps et al, 2003).

Podemos assim, compreender a importância do apoio e da atenção proporcionado pelo enfermeiro nestas circunstâncias, em que habitualmente o cliente vivencia uma situação de tensão extrema, sendo necessário o profissionalismo do enfermeiro em identificar o que poderá intervir negativamente em todo o processo cirúrgico (Gomes, 2009). Neste sentido, no período pré-operatório é indispensável informar o cliente sobre os acontecimentos do perioperatório de forma a serenar os seus medos, receios, angústias, atendendo às suas necessidades naquele preciso momento (Gomes, 2009), potenciando assim, uma relação de ajuda com o cliente idoso e seu cuidador familiar. As intervenções de enfermagem no período pré-operatória tem como objectivo responderem às necessidades dos clientes que irão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, aumentando assim, o sucesso pretendido para a sua recuperação (Beck, 2007). Avaliar o estado emocional e o grau de preparação para a cirurgia é essencial, pois muitas pessoas idosas receiam os internamentos e as intervenções cirúrgicas pelo seu potencial de criar

dependências forçadas de terceiros, o medo do desconhecido, a dor, a mutilação, a destruição de uma imagem corporal (Manley e Bellman, 2003). Esta experiência poderá ser vivida em diferentes graus e podem contribuir para um estado confusional no período pré- e pós-operatório (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação do estado mental e cognitivo

Segundo Chow et al (2012), estimam que na população americana a prevalência de demência e patologias cognitivas em indivíduos com 71 anos seja de 22,2%. A prevalência de situações/ patologias cognitivas aumenta exponencialmente com o avançar da idade (Chow et al, 2012). Com o aumento crescente da proporção de indivíduos com mais de 85 anos, estima-se que este evento aumente de forma drástica neste grupo etário (Chow et al, 2012).

A existência de alterações cognitivas numa fase pré-operatória é um forte preditor de ocorrência de delirium pós-operatório, estando associado a um aumento de tempo de hospitalização, aumento do risco de mortalidade perioperatória e declínio funcional pós-operatório (Chow et al, 2012; Meletti et al, 2007; Ruiz-Neto et al, 2002). Segundo Meletti et al (2007), a ocorrência de delirium pós-operatório acomete entre 25% a 65% dos clientes idosos.

O delirium pós-anestésico (DPA) é uma complicação comum na faixa etária acima de 75 anos, ocorrendo em 9 % dos indivíduos idosos. Em cirurgias cardíacas e de redução e osteossíntese de fracturas do colo do fémur, essa incidência ocorre entre 5,1% a 52.2% (Chow et al, 2012). Nas cirurgias ortopédicas, especialmente em cirurgias da anca, este evento têm uma incidência que varia de 17% em cirurgia electiva até 40% a 50% para cirurgia de urgência (Meletti et al, 2007).

O delirium pós-operatório é classificado como uma Síndrome Mental Aguda, e tem como causa uma disfunção cerebral difusa resultante da acção de factores predisponentes e precipitantes que agem sinergicamente (Ruiz-Neto et al, 2002). Tem um aparecimento agudo, com duração de dias a semanas, tendo uma variação no estado de orientação ao longo do dia (Ruiz-Neto et al, 2002, Meletti et al, 2007). Existem inúmeras condições para a sua ocorrência no pós-operatório, nomeadamente a idade avançada, interacção de fármacos, lesão cerebral, cirurgia e anestesia (tempo prolongado e complexidade),

hipoxemia cerebral (devido a hipotensão, hipocapnia ou hipovolémia), sepsies, distúrbio electrolítico, alteração no padrão do sono, alterações endócrinas e metabólicas, e outras causas menos aparentes como depressão, abstinência alcoólica e uso de substâncias (Ruiz-Neto et al, 2002; Meletti et al, 2007 Vendites et al, 2010; Chow et al, 2012).

A idade como factor de risco para a ocorrência de delirium, deve-se a uma maior susceptibilidade da pessoa idosa a doenças sistémicas, ao uso de medicação, à diminuição da reserva funcional dos órgãos e sistemas, e uma menor capacidade de reacção ao *stress* (Meletti et al, 2007; Ruiz-Neto et al, 2002). Alterações na acuidade visual e auditiva têm também sido apontadas como factores de ocorrência de situações de delirium. As alterações renais e hepáticas, assim como, disfunções nos receptores, levam a alterações na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, tornando o idoso mais susceptível às intoxicações medicamentosas (Ruiz-Neto et al, 2002). Segundo Ruiz-Neto et al (2002) e Vendites et al (2010) as classes de fármacos que precipitam a ocorrência de delirium pós-operatório em indivíduos idosos são os narcóticos, hipnóticos, anticolinérgicos, benzodiazepinas, antidepressivos e antiparkinsonianos.

A avaliação do estado mental e cognitivo do cliente idoso, incluindo testes, é de uma importância vital, mesmo naqueles que não apresentam historial de disfunção cognitiva (Chow et al, 2012) e pode ocorrer facilmente no contexto da avaliação pré-operatória (Manley e Bellman, 2003). Pedir ao cliente que descreva os eventos que conduziram à cirurgia, a forma como responde à avaliação funcional (AVD) e os planos que terão sido realizados para a prestação de cuidados após a alta, dará uma boa indicação do estado cognitivo do cliente (Manley e Bellman, 2003).

Chow et al (2012) referem que a ocorrência de alterações cognitivas no pós-operatório são situações frequentes mas difíceis de quantificar sem a existência de uma avaliação inicial do estado cognitivo numa fase pré-operatória.

Ruiz-Neto et al (2002) e Vendites et al (2010) corroboram com que foi anteriormente descrito e ainda salientam que uma avaliação completa do estado mental e cognitivo deverá também incluir a recolha de informações sobre a terapêutica utilizada no domicílio.

Da revisão sistemática da literatura, realizada por Aguiar (2009) sobre o delirium pós-operatório, concluiu que o passo limitante para a resolução deste problema é a falta de sensibilização dos profissionais de saúde para a potencial gravidade desta síndrome e

ainda refere que os clientes com um risco elevado de ocorrência devem ser submetidos a protocolos metodológicos que visem a prevenção do desenvolvimento de delirium pós-operatório e a minimização das suas consequências. Melleti et al (2007) realçam a importância de uma avaliação pré-operatória cuidadosa para identificar quais os clientes idosos são mais susceptíveis ao delirium pós-operatório, bem como a necessidade de intensificar a monitorização e os esforços na prevenção deste evento no pré-operatório e pós-operatório.

- Avaliação do estado da pele

A avaliação do estado da pele integra-se habitualmente ao longo de todo o exame físico, sendo empregadas as habilidades de inspecção, palpação e mensuração (Lueckenotte, 2002). Este aspecto assume importância no período pré-operatório, pois proporciona uma referência de base para a cor e para a presença de lesões (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação do estado nutricional

A nutrição desempenha um papel fundamental na prevenção das doenças, promoção da saúde, tratamento de doenças crónicas e de lesões agudas (Manley e Bellman, 2002).

Com o envelhecimento ocorrem alterações da composição corporal do organismo, com aumento da massa gorda e alterações da sua distribuição, havendo diminuição à periferia e aumento nas regiões troncular e abdominal. Surge também uma redução da massa magra, devido a uma diminuição da água total, com grande variabilidade na proporção relativa dos componentes intra e extracelular (Botelho, 2000).

Os idosos passam por uma série de problemas e necessidades nutricionais relacionadas com as alterações físicas, socioeconómicas e ambientais associadas ao processo de envelhecimento (Lueckenotte, 2002; Fulmer, 2007). O estado nutricional insatisfatório, comum nesta faixa etária, está associado a presença de doenças e distúrbios agudos ou crónicos, ingestão inadequada ou inapropriada de alimentos, recursos financeiros deficientes, dependência ou incapacidade funcional e medicação (Lueckenotte, 2002; Manley e Bellman, 2003). Os idosos apresentam um elevado risco de atingir um estado

nutricional insatisfatório, inclusive deficiência, desidratação, subnutrição e obesidade (Lueckenotte, 2002; Manley e Bellman, 2003; Fulmer, 2007; Sousa e Guariento, 2009). Segundo Chow et al (2012) o rácio de idosos desnutridos na comunidade atinge 5,8%, em lares cerca de 13,8%, hospitalizados chega a atingir 38,7% e em unidades de reabilitação cerca de 50,5%.

Um estado nutricional insatisfatório está associado a situações adversas que comprometem a recuperação pós-operatória, aumentando exponencialmente o risco de infecção (Chow et al, 2012).

A detecção precoce de factores de risco associados a problemas relacionados com a nutrição pode retardar ou impedir o aparecimento de doenças e suas complicações (Lueckenotte, 2002). Em decorrência do que foi anteriormente descrito, podem ser estabelecidas intervenções que reduzam o grau de comprometimento e incapacidades funcionais, melhorem a qualidade de vida e reduzam a morbilidade e mortalidade associada à doença (Lueckenotte, 2002).

Os enfermeiros devem estruturar a avaliação do estado nutricional de uma pessoa idosa em redor da determinação de factores de risco e indicadores de desnutrição, como ilustrado no quadro 2, e conferir com a dietista/nutricionista, de forma a assegurar uma nutrição adequada, tanto no período pré como no período pós-operatório (Manley e Bellman, 2003).

Quadro 2 – Factores de risco e indicadores de desnutrição

FACTORES DE RISCO
<ul style="list-style-type: none">- Desconhecimento de aspectos básicos da nutrição- Más condições domiciliárias;- Isolamento social: viver ou comer sozinho;- Baixa condição social;- Baixo rendimentos económicos;- Hábitos alimentares desadequados;- Adesão prolongada a dietas terapêuticas mal concebidas;- Má dentição, próteses dentárias, doenças periodôntica, cáries dentárias;- Má absorção;- Dependência nas actividades de vida diária;- Alterações do estado mental e cognitivo;- Polimedicação;

<ul style="list-style-type: none">- Factores religiosos e culturais;- Abuso de álcool;- Aumento das necessidades nutricionais: úlcera crónica e de pressão, síndrome de imobilidade;
INDICADORES DE DESNUTRIÇÃO
<ul style="list-style-type: none">- Perda de peso superior a 5% nos últimos três meses, de carácter involuntário;- Défice/excesso de peso: índice de massa corporal inferior a 20 ou superior a 25%;- Desidratação;- Edema;- Ausência de gordura subcutânea;- Medidas antropométricas: prega cutânea tricipital com 80-85% dos valores de referência;- Avaliação bioquímica: albumina sérica inferior a 3g/dL, Hg <10g/dL;- Deficiência de vitamina B12;- Apatia e resultados comprometedores no exame mental;- Anorexia, náuseas e disfagia;- Alterações dos hábitos intestinais;- Atraso na cicatrização de feridas;- Osteoporose, osteomalacia e anemia;- Estomatite angular, glossite e gengivorragias.

(Adaptado de Manley e Bellman, 2003;)

As medidas antropométricas incluem a medição da estatura, peso corporal, composição e proporções, sendo considerado a base para uma avaliação nutricional no idoso (Lueckenotte, 2002). Segundo Botelho (2000), a validade da antropometria em estimar a composição corporal está limitado tanto por factores técnicos como por variações biológicas. Os aspectos técnicos podem dever-se a erros nas medições, a problemas de reprodutibilidade ou a generalização de equações específicas de determinadas populações. As variações biológicas, devidas a alterações da elasticidade, hidratação e compressibilidade do tecido adiposo subcutâneo, cuja amplitude nos idosos é elevada, podem alterar a relação entre as medições das pregas cutâneas e os índices de distribuição do tecido adiposo (Botelho, 2000).

Diversos componentes bioquímicos são utilizados na determinação de alterações nutricionais, reflectindo de forma mais sensível as alterações nutricionais, quando comparado com as medidas antropométricas. Quando ocorre uma deficiência nutricional, as reservas nos tecidos sofrem depleção, tornando-o detectável a redução resultante nas

reservas e nos líquidos corporais, produtos metabólicos e actividade enzimática, dependente do nutriente em questão (Botelho, 2000).

Os clientes cirúrgicos têm necessidades nutricionais variadas, dependendo da sua idade, do tipo de intervenção, do estado nutricional pré-operatório e da amplitude das perdas estimadas no pós-operatório (Manley e Bellman, 2003).

- Ensino Pré-operatório

A educação tem sido considerada uma tradição da prática de enfermagem, sendo usada como um instrumento que proporciona cuidados de saúde seguros e de qualidade, otimizando assim, a relação custo/benefício (Rothrock, 2008). A educação do cliente é definida com uma actividade planeada, com suporte na prática baseada na evidência que permite assim, modificar ou melhorar comportamentos relacionados com a saúde e, pode ser efectuada pela associação de métodos para o alcance de objectivos, incluindo modificação do comportamento, aconselhamento e ensino (Johansson et al, 2005; Rothrock, 2008). O objectivo do ensino é fornecer informações que vão de encontro às necessidades expressas pelo individuo, promovam a segurança e o conforto psicológico e, o envolvimento do cliente e sua família no cuidados (Rothrock, 2008). Na perspectiva da enfermagem, o ensino é uma forma de comunicação distinta, estruturada e sequenciada de promover aprendizagens, de forma a atender às necessidades do cliente para novas informações ou capacitações (Rothrock, 2008).

O ensino pré-operatório centra-se em informações que melhorem a familiaridade do cliente com a intervenção cirúrgica, informações sobre actividades que melhorem a recuperações fisiopatológico e informações com vista à prevenção de complicações no pós-operatório (Phipps et al, 2003). Assim, o ensino compreenderá informações sobre situações que podem ocorrer durante a experiência cirúrgica (relativas ao procedimento), o que o cliente experienciará durante o período perioperatório (sensorial) e que acções poderão ajudar a reduzir a ansiedade (comportamental) (Rothrock, 2008; Gomes, 2009).

O programa de ensino pré-operatório eficaz tem sido associado à redução dos níveis de ansiedade, deambulação precoce, um maior envolvimento do cliente em actividades de autocuidado na fase pós-operatória, um aumento nos níveis de satisfação dos clientes e seus familiares nos cuidados prestados, uma redução dos tempos de internamento e de

complicações pós-operatórias (Garretson, 2004; Fitzpatrick e Hyde, 2005; Pearce, 2006; Walker, 2007; Pritchard, 2012).

Pesquisas de enfermagem têm confirmado o valor do ensino pré-operatório, quando embebido em conteúdo científico e estruturado, independentemente da forma em que é ministrado (grupo ou individual). Da investigação realizada por Mendes et al (2005) sobre a influência da aplicação de um programa psico-educativo no período pré-operatório sobre os níveis de ansiedade do cliente no pós-operatório, constataram que, apesar do número reduzido da amostra, a preparação pré-operatória quando é realizada por enfermeiras numa abordagem individual, em que estas assumem um papel facilitador da informação, criando assim um momento de oportunidade para perguntar, compreender dúvidas e sentimentos e procurar as melhores alternativas para lidar de forma satisfatória com a situação, a eficácia das suas intervenções na redução da ansiedade nos clientes é maior. Segundo Phipps et al (2003) e Rothrock (2008) referem que, os clientes ficam menos ansiosos e participam mais eficazmente nos cuidados de saúde, se souberem as razões dos exames e das actividades pré-operatórias.

Não existe, no entanto, uma evidência forte sobre qual o modelo temporal mais eficaz para a implementação do ensino pré-operatório, sendo que os últimos estudos, nomeadamente realizados em Portugal, tem evidenciado a importância da existência de uma consulta de enfermagem de preparação cirúrgica na fase de pré-admissão hospitalar (Mendes et al, 2005; Gomes, 2009). A fase de pré-admissão hospitalar é considerada uma alternativa face às mudanças existentes nos contextos cirúrgicos que comprometem as preparações pré-operatórias (Gomes, 2009) e é também considerado, segundo Stern e Lockwood (2005), um momento ideal para realizar o ensino.

Com o objectivo de apresentar a melhor evidência relacionada com a retenção de informação e/ou o desempenho da performance no pós-operatório após uma educação pré-operatória antes da admissão hospitalar, Stern e Lockwood (2005) efectuaram uma revisão sistemática da literatura e os achados desta revisão suportam que um programa de ensino estruturado antes da admissão hospitalar é igualmente eficaz ou mais eficaz aquando fornecido após a admissão na instituição de saúde.

Stern e Lockwood (2005) recomendam a utilização de instrumentos de informação face às áreas que influenciam a aprendizagem: o conhecimento, a performance das capacidades e o tempo de aprendizagem para assimilar o ensino ministrado. Na área do saber, Stern e

Lockwood (2005) sugerem que a entrega de um panfleto no período pré-operatório é mais eficaz comparado a nenhuma informação fornecida, bem como, providenciar o panfleto no período pós-admissão associado a um conjunto de instruções é menos eficaz; a visualização ou entrega de vídeos é mais eficaz quando o não fornecimento de informação; a combinação de vídeo e panfleto no período de pré-admissão é mais eficaz do que fornecer isoladamente o panfleto e, os métodos de instrução são mais eficazes quando providenciados no período pré-admissão. A avaliação das habilidades no desempenho de determinadas tarefas também foi medida: o fornecimento de panfletos no período pré-admissão é mais eficaz comparado com a entrega no período de admissão; quando existe uma combinação de instrumentos de informação, nomeadamente de panfletos fornecidos no período pré-operatório e as instruções dadas no período de admissão, demonstraram ser mais eficazes comparando com situações em que a entrega de panfletos no período pré-admissão é realizada isoladamente ou quando a entrega de panfletos e o ensino ministrado são realizados no dia da admissão. Para finalizar, os clientes a que foram fornecidos panfletos no período de pré-admissão, assimilaram apropriadamente os exercícios ou habilidades requeridas, comparado com aqueles que só obtiveram os mesmos panfletos após a admissão; a aquisição de panfletos no período de pré-admissão associado a instruções dadas no internamento, revelaram que as aprendizagens foram realizadas mais rapidamente, comparando com resultados em que a entrega de panfletos e instruções eram fornecidas no período de admissão hospitalar

- Programa de Ensino Estruturado direccionado à pessoa idosa

Quando o ensino é direccionado maioritariamente para uma população idosa, a enfermeira terá que considerar que as mudanças normais que ocorrem com a idade poderão afectar o idoso, bem como a sua capacidade para a aprendizagem (Brunner & Suddarth, 2002).

Engelke (2012) define a educação para um idoso como um processo de fornecimento de informação a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade e seus familiares, de forma a promover conhecimentos e habilidades para lidar com uma doença crónica, esquema de tratamento, qualidade de vida e bem-estar psicossocial. Segundo Engelke (2012), os idosos são considerados um grupo vulnerável e com complexas necessidades de aprendizagem, devido a alterações advindas com o processo de envelhecimento (alterações cognitivas e sensoriais) que resultam numa significativa barreira para a

aprendizagem. A disponibilidade e a capacidade de aprendizagem deverão ser bem manuseadas e baseadas nas necessidades individuais do idoso, devendo o enfermeiro avaliar as prioridades e identificar as barreiras que comprometem a aprendizagem (Engelke, 2012).

As mudanças cognitivas advindas com a idade incluem: diminuição da rapidez de raciocínio, diminuição da memória recente, do pensamento abstracto, da concentração e tempo de reacção diminuído (Brunner&Suddarth, 2002; Engelke, 2012). Para clientes idosos com alterações cognitivas, a enfermeira deverá focar o ensino e a informação fornecida por fases, usando como estratégia o uso de palavras-chave, a minimização de distrações e envolver sempre que possível a família (Engelke, 2012). As mudanças sensoriais, associadas à idade, também afectam o ensino e a aprendizagem, sendo necessário que os profissionais de saúde quando elaboram instrumentos de apoio deverão atender a determinados aspectos, como materiais de fácil leitura e com letras grandes, impressas em papéis sem brilho. Outro aspecto a considerar, é o facto do discernimento das cores estar também afectado, sendo que, o uso de materiais coloridos e realçados podem não ser eficazes. Para maximizar a audição, a enfermeira deverá falar claramente, com voz normal ou tonalidade baixa, posicionando-se de frente para o cliente idoso de forma a este poder ler os movimentos dos lábios (Enelow et al, 1996; Brunner e Suddarth, 2002; Engelke, 2012). Em algumas circunstâncias, a enfermeira deverá perceber que muita informação poderá aumentar o nível de ansiedade do cliente (Engelke, 2012). As estratégias para um ensino eficaz incluem uma apresentação lenta e progressiva do material, repetição frequente da informação e uso de técnicas de reforço (audiovisual, material escrito e repetição das sessões) (Engelke, 2012).

A avaliação do ensino ministrado ao idoso e seu familiar deverá ser realizada sempre que possível, de forma a assegurar a retenção da informação fornecida. As estratégias utilizadas passam em pedir ao idoso e seu familiar que repitam as informações fornecidas ou demonstrem as habilidades apreendidas, enquanto a enfermeira observa e clarifica o que for necessário. Relembrar informações específicas é mais facilmente apreendido do que informações gerais (Engelke, 2012).

Inserido numa perspectiva holística de família, Sarmento, Pinto e Monteiro (2010) realçam a importância da participação da família no período pré-operatório, como receptor de cuidados e parceiro no cuidar do seu ente querido. Os membros da família ou o cuidador

informal devem, sempre que possível, estar envolvidos nas sessões de ensino. Eles constituem uma fonte de reforço do material provido e podem ajudar o cliente idoso a relembrar as instruções fornecidas. A sua participação e contribuição neste processo são valiosas e são também, uma fonte de informação sobre a situação de vida da pessoa idosa (Brunner e Suddarth, 2002; Engelke, 2012). Phipps et al (2003) mencionam ainda que, o envolvimento da família no ensino pré-operatório proporciona uma redução de ansiedade no cliente e nos próprios elementos da família, com o consequente aumento na satisfação com os cuidados e uma maior colaboração do cliente e família nos cuidados de saúde.

3. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

O projecto foi desenvolvido em 3 fases contínuas, delimitadas temporalmente. Foi elaborado inicialmente o diagnóstico de situação, os objectivos, as estratégias e as actividades. Posteriormente a implementação das estratégias em conjunto com a equipa de enfermagem e por fim a reflexão e análise dos resultados, bem como o impacto do projecto nos cuidados de enfermagem e na pessoa idosa, com o objectivo de identificar as mudanças e os ganhos conseguidos.

O CHLC-EPE (H.S.José) faz jus à sua história, continuando a ser um hospital de referência em diversas áreas, nomeadamente no atendimento e assistência ao grande politraumatizado. No entanto, pelo facto de ser um Hospital Central de elevada diferenciação técnica, comporta ainda várias especialidades como é o caso da Ortopedia. Presta cuidados de saúde diferenciados nas fases de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos utentes. A escolha deste hospital para o desenvolvimento do campo de estágio deve-se ao facto de ser o hospital onde a autora exerce a sua actividade profissional, facilitando o percurso entre o local de estágio e o serviço onde actualmente exerce funções.

O espaço físico do serviço de Ortopedia (sediado no conhecido H.S. Lázaro) engloba o serviço de internamento (com capacidade de 52 camas), um bloco operatório (com 3 salas operatórias), um serviço de radiologia, um serviço de Medicina Física e de Reabilitação e finalmente o local de estágio escolhido, a Consulta Externa de Ortopedia. O espaço físico da Consulta Externa de Ortopedia comporta cinco gabinetes médicos, duas salas de tratamento, uma sala de enfermagem, uma sala de espera com quarenta lugares sentados, e um balcão da recepção com três assistentes técnicas no atendimento ao público. Funciona no período das 8.00 horas às 20.00 horas diariamente excepto fins-de-semana e feriados.

3.1. Questões éticas

Os questionários e as entrevistas realizadas para o diagnóstico de situação foram analisados e autorizados pela Direcção de Enfermagem e pela Comissão de Ética.

A implementação do projecto foi acompanhada pela Enfermeira Chefe do Serviço de Consulta Externa, enfermeira responsável pelo serviço de Consulta de Ortopedia e orientado pela Professora Dr.^a Adriana Henriques

Todos os documentos/instrumentos elaborados no âmbito da realização da consulta de enfermagem – folha de registo de enfermagem e panfletos – entregues aos clientes na consulta de enfermagem foram igualmente, analisados e autorizados pela Enfermeira Chefe do serviço de Consulta Externa.

As actividades desenvolvidas no início do Projecto tiveram como objectivo perceber as necessidades sentidas pelos enfermeiros e pelos clientes idosos e seu cuidador, através das entrevistas e dos inquéritos entregues, respeitando a liberdade de participação, a confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos.

Numa perspectiva ética de prestação de cuidados de enfermagem impõe-se a igualdade e o respeito pelo cliente e assim, os cuidados prestados na consulta de enfermagem não foram cingidos somente à população de idosos e seu cuidador, tendo abrangido todas as outras pessoas da prática diária da autora.

3.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação surge no sentido de identificar áreas problemáticas a serem alvo de intervenção, assim como para se definir a importância das áreas identificadas. No âmbito do projecto foram delineadas e seleccionadas instrumentos de diagnóstico que melhor se adaptavam à identificação e validação dos problemas. Os instrumentos utilizados para a recolha de informação, opiniões ou identificação de necessidades foram: entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Consulta Externa de Ortopedia (Apêndice I), inquéritos aos clientes idosos que frequentam o Serviço de Consulta Externa de Ortopedia (Apêndice II) e a consulta de registos de enfermagem do Serviço de Consulta externa de Ortopedia.

Foi realizado em simultâneo uma análise de situação (análise SWOT), identificando aspectos positivos e negativos para o sucesso do projecto, de forma a complementar o quadro da problemática identificada (Apêndice III).

Da análise dos dados fornecidos pelo serviço de estatística do Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE (CHLC), no período compreendido de Novembro de 2011 a Janeiro

de 2012, verifica-se que são pessoas com mais de 65 anos de idade que são mais assistidas na consulta externa de Ortopedia bem como, admitida no serviço de internamento da especialidade supra-referida para ser submetido a uma intervenção cirúrgica (62%). Neste grupo etário, a patologia mais predominantemente intervencionada é a gonartrose (41%), seguida pela coxartrose (16%) e posteriormente em número mais reduzido outras patologias osteo-degenerativas (41%) (Gráfico 1). Os clientes provenientes do exterior (total de 838 clientes) são maioritariamente referenciados pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (56%) (Gráfico 2).

Gráfico 1- Prevalência de patologias osteoarticulares submetidas a intervenção cirúrgica, no serviço de internamento do CHLC,EPE (H.S.José), no período de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.

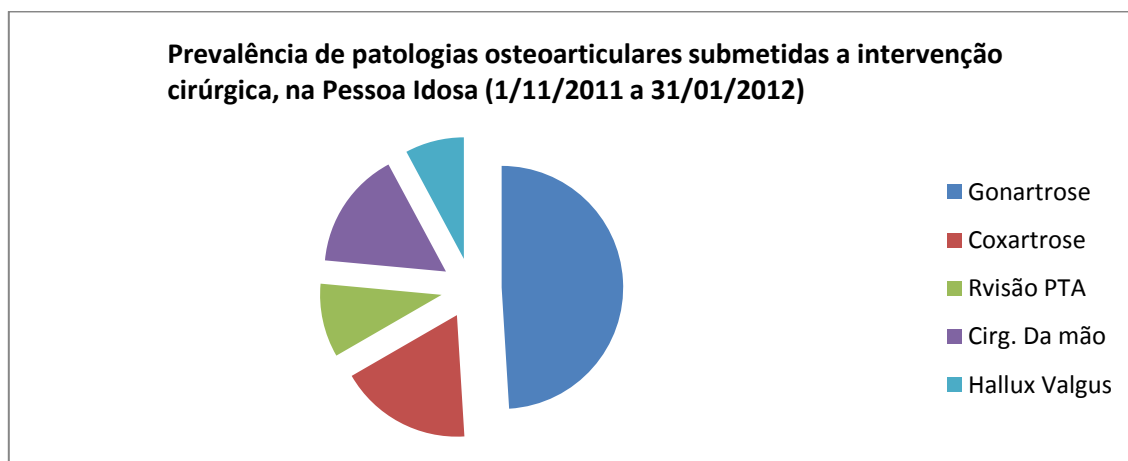
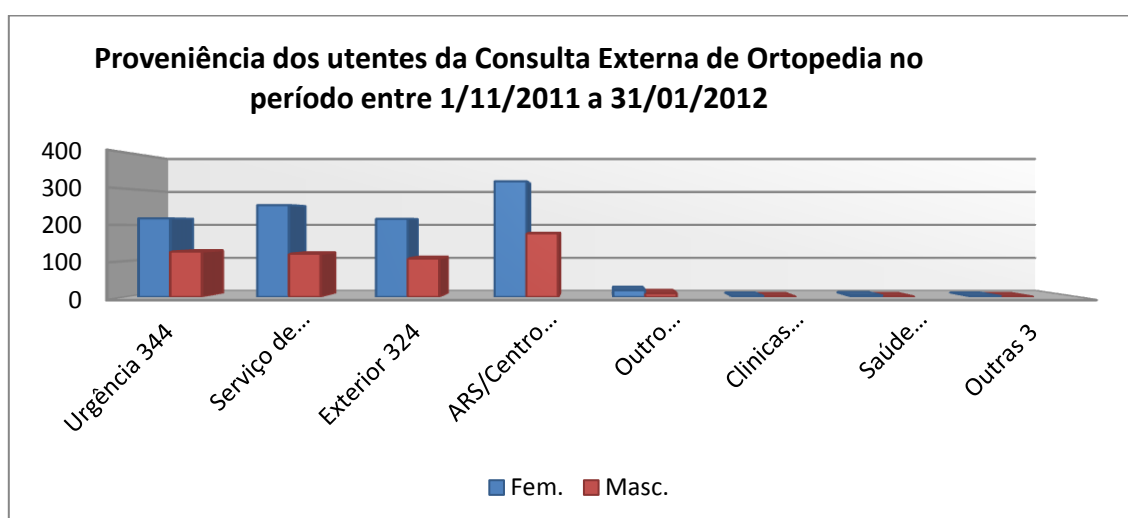


Gráfico 2- Proveniência de utentes da consulta Externa de Ortopedia do CHLC, EPE (H.S.José), no período de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012



(Ver apêndice IV: Outros dados estatísticos)

Face ao contexto onde se pretendia desenvolver o projecto foi realizado uma consulta e análise retrospectiva dos registos de enfermagem efectuados pelas enfermeiras que

desempenham funções no Serviço de Consulta Externa de Ortopedia. A análise de conteúdo dos registos pressupõe algumas etapas, definidas por Bradin (2011) como: pré-análise; exploração do material e, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A análise dos registos teve como objectivo perceber quais as intervenções de enfermagem realizadas na consulta externa de Ortopedia, ao cliente idoso com patologia osteoarticular.

Formulou-se cinco questões, de forma a facilitar a análise dos registos de enfermagem:

- Que intervenções são realizadas no período pré-operatório?
- Que ensinamentos são realizados e em que tipo de patologias?
- Como é que os enfermeiros mobilizam os recursos disponíveis?
- O que é que registam e como avaliam as suas intervenções?
- Que intervenções são realizadas especificamente à pessoa idosa?

Os indicadores estabelecidos para responder às hipóteses formuladas foram:

- Programa de ensino;
- Intervenções de enfermagem no domínio biopsicossocial;
- Itens que reflectem a continuidade dos cuidados prestados e sua avaliação (presença de folha de registo de continuidade de enfermagem; referência do cliente para outros profissionais ou instituições de saúde; descrição da evolução do estado físico e emocional do cliente)

Os enfermeiros da consulta externa de ortopedia preenchem dois impressos distintos:

- Registo transversal a toda a Consulta Externa, modelo emanado pela DGS (Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro), onde se registam as actividades /procedimentos de enfermagem efectuadas, de forma a quantificar o número de intervenções, para fins estatísticos;
- Folha de registo de enfermagem específico e direccionado para a Consulta Externa de Ortopedia (reformulado em Novembro de 2011). Neste impresso está

contemplado a identificação do cliente, o diagnóstico clínico, o início do tratamento, o tipo de tratamento, a avaliação dos Sinais Vitais, a etiologia da ferida, encaminhamentos, ensinamentos/apoio emocional e as acções/intervenções de enfermagem.

A análise do conteúdo dos registos de enfermagem foi realizada à folha de registo criada pela equipa de enfermagem da Consulta Externa de Ortopedia.

Foi efectuado uma análise retrospectiva de 107 registos de enfermagem, entre o período de 2 a 10 de Maio de 2012. Os registos estão divididos em registos de tratamentos “diários” e em registos de tratamentos “pontuais”. Os registos de tratamentos “diários” dizem respeito a clientes que realizam um tratamento específico durante um período indeterminado de tempo e os registos de tratamentos “pontuais” são aqueles em que é efectuado um procedimento pontual, sendo o cliente posteriormente encaminhado para outra unidade de saúde.

Após uma consulta dos itens que compõem a folha de registos de enfermagem decidiu-se categorizar os dados a colher, de forma a organizar a análise.

Quadro 3 - Categorias

Categorias	Sub-categorias
Avaliação do cliente	Estado físico
	Parâmetros vitais
Identificação de problemas	Problemas relativos à ferida cirúrgica
	Problemas relativos ao ensino a realizar
	Problemas psicossociais
Intervenções de Enfermagem (face ao problema identificado)	---
Avaliação de enfermagem	---
Participação do cliente no Processo de Cuidados	Referência à tomada de decisão pelo cliente
	Referência ao envolvimento do cliente
Acompanhamento do cliente pela família ou cuidador informal	---
Transmissão da informação para a continuidade dos cuidados	Relativa à integridade do penso e sua localização
	Relativa à terapêutica
	Relativa à actuação de outros profissionais

Foram consultados 6 registos de tratamentos “diários” e 101 registos de tratamentos “pontuais”.

Realizou-se a apreciação de 6 registos de enfermagem a doentes submetidos a um tratamento “diário” e constatou-se:

- A avaliação dos parâmetros vitais não é efectuada;
- O item “etiologia da lesão” não é preenchido;
- Não existe referência à identificação de problemas relacionados com o ensino e os ensinios realizados são somente referentes aos cuidados a ter com o membro lesado;
- Não existe referência à identificação e avaliação do estado psicossocial;
- O item “encaminhamentos” é preenchido com a data do próximo tratamento /consulta médica e não existe referência para outro profissional ou instituição de saúde;
- Somente dois processos constatavam o preenchimento do item “diagnóstico clínico”;
- Não existe referência sobre o acompanhamento do cliente pela família ou cuidador informal.

A continuidade dos cuidados de enfermagem estão evidenciados pela presença de uma folha de continuação, dando visibilidade da evolução da ferida a ser tratada mas, não estando explicito a avaliação das intervenções realizadas, nomeadamente referentes ao ensino realizado.

Relativamente aos registos de enfermagem a doentes submetidos a um tratamento “pontual” a situação **não** difere da descrita anteriormente. Da análise efectuada, ainda se constatou como único registo de enfermagem o preenchimento do impresso emanado pela DGS – sendo este registo meramente para fins estatísticos, não especificando as intervenções realizadas, o diagnóstico, características da lesão e sua etiologia, ensinios, entre outros.

Quanto à consulta das folhas de registos de enfermagem constatou-se em número considerável o não preenchimento dos itens “diagnóstico clínico” e “etiologia da lesão”, dificultando a percepção da história clínica do cliente. Relativamente ao item dos ensinios, os registos são vagos e inespecíficos, não evidenciando qualquer tipo de avaliação

efectuada após a intervenção, comprometendo deste modo a eficácia do ensino proporcionado.

Da análise efectuada constatou-se uma falta de precisão e de uniformização no registo das intervenções de enfermagem bem como, na recolha de dados, comprometendo assim, a continuidade e a pertinência dos cuidados. As intervenções de enfermagem registadas são na sua maioria referentes a indicações médicas e ensinamentos direccionados aos clientes em recuperação face a um procedimento cirúrgico, não havendo explicitamente uma identificação, intervenção e avaliação de problemas de enfermagem, sendo a abordagem holística do indivíduo comprometida. Não foram identificados problemas ou mesmo intervenções de enfermagem direccionadas especificamente para a pessoa idosa. Não foram analisados e registados quaisquer intervenções de enfermagem a clientes e seus familiares no período pré-operatório mediato ou imediato, sendo que, a intervenção do enfermeiro na fase de pré-admissão é nula e inexistente. Face a este problema identificado é necessário sensibilizar os enfermeiros para a importância dos registos de enfermagem e para a necessidade de criação de uma folha de registo de enfermagem direccionada para o período pré-operatório, baseada numa avaliação multidimensional da pessoa idosa e em diagnósticos de enfermagem.

Após a análise dos registos de enfermagem, decidiu-se elaborar um guião de uma entrevista (Apêndice I) a aplicar aos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Consulta Externa de Ortopedia, com o intuito de perceber quais eram as suas dificuldades no atendimento ao cliente idoso e se estavam cientes das limitações existentes neste grupo etário, necessidades de formação e, se estavam satisfeitos com a folha de registos que efectuavam. Os resultados das entrevistas apontam para um grupo de enfermeiros insatisfeitos com os registos efectuados, considerando-os insuficientes e inadequados. Uma das dificuldades sentidas e mais vezes verbalizadas pelos enfermeiros no atendimento ao idoso é o desconhecimento dos recursos existentes na comunidade de forma a responder a determinadas questões, nomeadamente de âmbito social. Outro aspecto mencionado é referente à inexistência de um espaço próprio para atender e planear intervenções de enfermagem aos clientes que frequentam a consulta externa, desmotivando assim, a equipa de enfermagem. Todas as entrevistadas demonstraram interesse em actualizar conhecimentos no atendimento à pessoa idosa.

Após a contextualização do serviço em causa e da observação das práticas de enfermagem decorrentes nesse mesmo serviço, foram inquiridos os clientes que frequentam o serviço de consulta externa de ortopedia e assim, elaborou-se um instrumento que percepcionasse as áreas necessárias a intervir, de forma a responder às necessidades expressas pelos mesmos. A elaboração do instrumento resultou num inquérito, que de certa forma foi elencado de uma reflexão sobre a revisão bibliográfica efectuada sobre um programa de ensino baseado nas necessidades de um indivíduo numa fase pré-operatória. Foi procedido o pedido de autorização à instituição, sendo assim concedido a sua realização (Apêndice V)

Foram inquiridos indivíduos idosos que iriam ser submetidos a um procedimento cirúrgico; os objectivos traçados foi no sentido de aferir as necessidades de informação necessárias para satisfazer e otimizar os resultados no período de internamento e pós-alta. Da amostra analisada podemos referir que a população inquirida tem habilitações literárias reduzidas, sendo necessário atender a este aspecto para corresponder com eficácia às limitações existente aquando a realização de intervenções. Dos 10 clientes inquiridos, 9 desconheciam aspectos relacionados com actividades de vida diária potencialmente alteradas após a intervenção, a necessidade de apoio de um cuidador, possível uso de auxiliares de marcha, entre outros.

Está patente a existência de uma lacuna de informação imprescindível para atender as necessidades individuais, sendo que a maioria dos inquiridos desconhecem aspectos relevantes para o sucesso da sua intervenção cirúrgica, podendo deste modo originar um aumento nos níveis de ansiedade e causar ideias preconcebidas erroneamente.

No decurso da aplicação dos inquéritos era visível uma sensação de frustração e de insatisfação dos inquiridos face à escassa informação que detinham sobre aspectos potenciadores de alterações da vida diária e pela falta de apoio ou de sensibilização dos profissionais de saúde (Apêndice VI - Resultado dos inquéritos).

Segundo a experiência da autora como enfermeira a exercer funções no Bloco Operatório de Ortopedia do CHLC, é habitual o cliente cirúrgico proposto para um procedimento cirúrgico, nomeadamente de carácter electivo, ser hospitalizado na véspera da intervenção ou mesmo no próprio dia, ou seja, no período pré-operatório imediato. Quando o cliente é internado na véspera é-lhe transmitida informação pela equipa de enfermagem no período que corresponde o pré-operatório imediato e, é realizado uma colheita de dados sobre aspectos clínicos (antecedentes pessoais, exame físico e terapêutica instituída no domicílio), avaliação do risco de quedas e da integridade cutânea

e avaliação do estado funcional. No entanto não é realizado de forma sistemática uma avaliação de aspectos psicossociais, bem como uma avaliação direccionada para as necessidades características da pessoa idosa. O cliente que é internado no próprio dia, a transmissão de informações é essencialmente veiculada pelos médicos assistentes (cirurgião e anestesista) no que diz respeito à doença e por vezes à cirurgia.

Segundo Mendes et al (2005), as avaliações médicas subavaliavam, frequentemente, os aspectos emocionais mas, também porque é considerado da responsabilidade das enfermeiras avaliar adequadamente as necessidades dos clientes, do ponto de vista holístico.

Uma adequada preparação pré-operatória do cliente cirúrgico é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico (Gomes, 2009). No período pré-operatório, são planeados cuidados de enfermagem que terão um grau de significância elevada na recuperação e êxito da cirurgia (Gomes, 2009). A intervenção de enfermagem foca-se primordialmente em adaptações a realizar no quotidiano após a cirurgia e, segundo os dados colhidos dos inquéritos realizados, os clientes idosos evidenciaram claramente uma falta de informação relacionada com o desenrolar do processo cirúrgico, sobretudo com os cuidados que irá necessitar após a alta e com o seu possível grau de dependência após a intervenção cirúrgica. Segundo Gomes (2009), é fundamental reflectirmos nas nossas práticas de cuidados diários, onde por vezes damos maior relevo à vertente tecnicista, descurando a componente humana e relacional. Devemos recordar que o cliente tem o direito à informação e que está deverá ser transmitida de forma clara e adequada, permitindo assim, a compreensão e a aquisição de saberes sobre o processo cirúrgico (Gomes, 2009). Segundo Gomes (2009), o ideal seria a existência de um programa de informação estruturado que fosse ao encontro das necessidades do cliente cirúrgico no período pré-operatório. Esta medida, segundo Gomes (2009) poderia ser colocada em prática através da intervenção do enfermeiro, no hospital, numa consulta de enfermagem pré-operatória ou mesmo até, numa visita domiciliária, sendo sugerido pela mesma que, deveria ocorrer durante o período pré-operatório mediato, proporcionando ao cliente tempo suficiente para assimilar as informações fornecidas.

Um outro problema emerge face à assistência à pessoa idosa, pois em nenhum dos registos de enfermagem, sejam eles os registos realizados no serviço de enfermagem, no serviço de consulta externa ou mesmo na folha de registo de enfermagem perioperatória se identificam problemas, intervenções ou estratégias direccionadas especificamente para a pessoa idosa, isto é, não existe um instrumento ou modelo de avaliação de identificação

específico das condições geriátricas, que possam em parte evidenciar aspectos que comprometem a recuperação do idoso no pós-operatório.

Os trabalhos de investigação realizados em Portugal na área da enfermagem perioperatória são escassos, nomeadamente aos que se referem à pessoa idosa. Segundo Dhesi (2010), a avaliação e assistência à pessoa idosa proposta para cirurgia electiva deverá incidir na determinação dos riscos existentes (co-morbilidades) que possam comprometer a recuperação, e não incidir somente sobre aspectos cirúrgicos, pois ficaria incompleto.

O projecto a desenvolver terá como finalidade promover um acompanhamento à pessoa idosa e seu cuidador no período pré-operatório, identificando e intervindo nas necessidades biopsicossociais, de forma a otimizar a sua recuperação no período pós-operatório, através da realização de uma avaliação multidimensional, associado a um programa de informação estruturada que satisfaça as necessidades de informação expressas pela pessoa idosa, numa consulta de enfermagem integrada no Serviço de Consultas Externas de Ortopedia do CHLC.

3.3. Objectivos

Para que se possa dar resposta à finalidade do projecto definiram-se um objectivo direccionado para o que se pretende com as intervenções ao cliente idoso e, outro objectivo direccionado para a gestão e estruturação de uma consulta de enfermagem.

Objectivo Geral I:

. Promover e assegurar uma consulta de enfermagem à pessoa idosa e seu cuidador no período pré-operatório.

Objectivos específicos:

- Garantir práticas de enfermagem adequadas à pessoa idosa no decurso da consulta de enfermagem
- Assegurar a continuidade dos cuidados através da comunicação escrita e oral;

- Utilizar métodos e técnicas de ensino adequadas, nomeadamente no que respeita ao conteúdo e à forma
- Criação de um ambiente seguro e de um circuito eficaz para o atendimento à pessoa idosa e família;

Objectivo Geral II:

- Proporcionar ao idoso e seu cuidador uma transição saudável, face à intervenção cirúrgica a que tem necessidade de ser submetido.

Objectivos específicos:

- Identificar necessidades de informação da pessoa idosa e seu cuidador, direccionando a individualização das intervenções de enfermagem.
- Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador para decidirem sobre a sua saúde e bem-estar
- Identificar necessidades psicossociais e intervir adequadamente, com vista à optimização dos resultados numa fase pós-operatória.

A implementação do projecto inicia-se com a estruturação da consulta de enfermagem para responder com a qualidade e eficácia dos cuidados que pretendemos atingir no atendimento ao cliente idoso.

3.4. Actividades desenvolvidas

As actividades desenvolvidas, cronologicamente documentadas, serão apresentadas a seguir, concluindo a sua apresentação com os resultados obtidos.

Actividade:

- Identificação dos recursos (humanos e materiais) disponíveis para a realização da consulta de enfermagem;

A fase de identificação dos recursos disponíveis correspondeu respectivamente ao mês de Outubro de 2012, e foram realizadas diversas reuniões com as entidades responsáveis pelos serviços envolvidos, nomeadamente, a responsável pelos assistentes técnicos e com a enfermeira responsável da consulta externa de ortopedia.

A reunião com a pessoa responsável pelos assistentes técnicos teve o objectivo de requerer a sua colaboração na transmissão de informação ao cliente idoso sobre um novo serviço, no acto da efectivação da consulta.

As reuniões realizadas com a enfermeira responsável pela consulta externa de ortopedia (total de 3), foram para aferir e seleccionar os instrumentos necessários para complementar a consulta e a distribuição de pela equipa de enfermagem e, a escolha do gabinete para a realização da consulta. Após a priorização das estratégias necessárias para a implementação do projecto, foi realizada uma reunião com equipa de enfermagem que desempenham funções na consulta de ortopedia, com o objectivo de informar e sensibilizar sobre a pertinência do projecto em si e, em simultâneo, foi pedido a colaboração da equipa na realização dos instrumentos, nomeadamente na elaboração de folhetos e de um possível vídeo. A construção da folha de registo e do guia orientador ficou a cargo da enfermeira responsável pelo projecto, com o apoio da enfermeira orientadora do estágio e da enfermeira tutora da tese/estágio.

Relativamente à construção dos panfletos (Apêndice XI, XII, XIII e XIV) e suas respectivas grelhas de avaliação (Apêndice XV) pela equipa de enfermagem, foi bem aceite, sendo a motivação e o interesse demonstrado pelos elementos que participaram, considerado um indicador de avaliação.

Actividade:

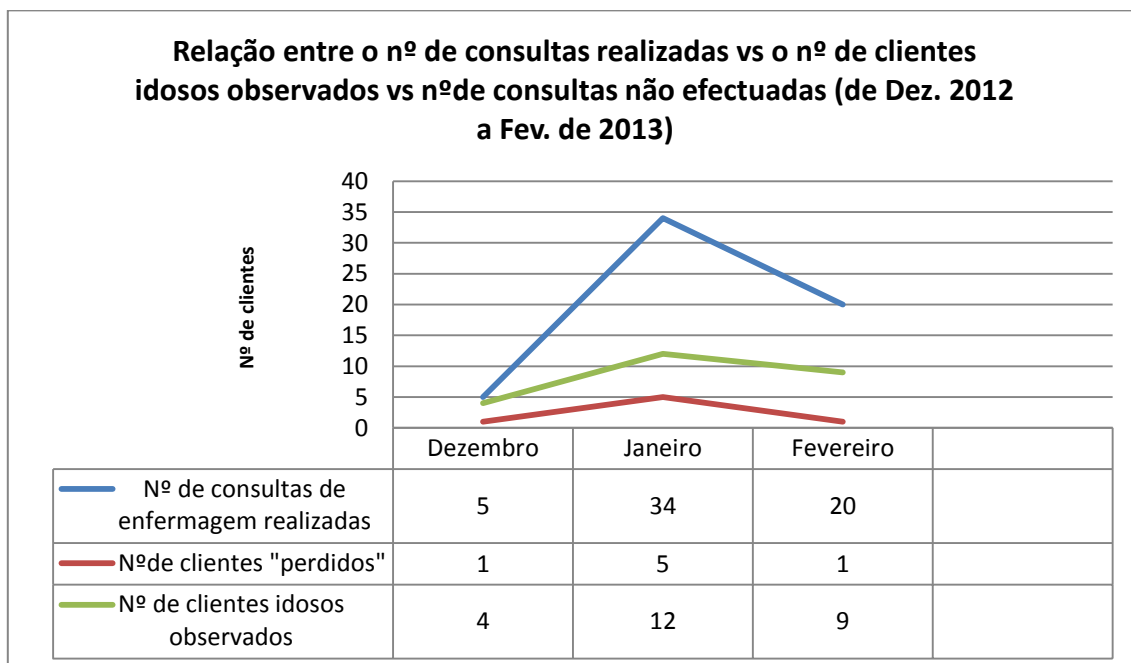
- Criação de um circuito eficaz no atendimento ao idoso e sua implementação na consulta externa de ortopedia.

Numa das reuniões com a enfermeira responsável pela consulta de ortopedia foi delineado circuito do cliente para a consulta de enfermagem (Apêndice VII - Fluxograma).

Sobre a eficácia da estrutura criada no circuito do cliente, esse sim, merece ser relatado, face ao esforço criado para uniformizar novas práticas. No decorrer das consultas efectuadas no mês de Dezembro de 2012 e Janeiro de 2013 foi detectado uma falha sobre o número de clientes assistidos na consulta de anestesia e o número de consultas efectuadas pela enfermeira. Perante este problema, que foi documentado numa folha própria (Apêndice VIII), houve a necessidade de realizar uma nova reunião com a equipa de assistentes técnicos e aferir a causa do problema. Não satisfeita com a estratégia adoptada, ainda foi reforçado a colaboração dos anestesistas para encaminhar o cliente apto para a consulta de enfermagem.

No gráfico 3 estão descritos a relação entre o número de consultas realizadas vs o número de consultas não realizadas, com o objectivo de demonstrar uma evolução significativa no sucesso do circuito criado. Este registo evidência a evolução na estrutura preconizada para a eficiência no atendimento da consulta, comprovando uma diminuição de clientes “perdidos” ao longo do decurso do estágio.

ráfico 3: Relação entre o nº de consultas de enfermagem realizadas, nº de idosos observados e nº de consultas não realizadas:



Actividade:

- Construção de um registo de enfermagem apropriado e adaptado aos objectivos preconizados para a consulta de enfermagem;
- Avaliação da folha de registo de enfermagem da consulta pré-operatória

A importância dos registos de enfermagem é actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspectos resultantes deste processo de cuidados (Martins et al, 2008)

Segundo Corrijo e Oguisso (2006), os registos de enfermagem são um importante meio de comunicação na equipa de saúde, quando são realizadas com um determinado padrão de qualidade, ou seja, quando a prestação dos cuidados fornecidos ao cliente é registado tal qual, como ocorreu, permitindo uma visão não generalizada e sim global deste.

A construção de uma folha de registo de enfermagem não foi uma tarefa fácil, tendo ocupado um tempo considerável do estágio, desde a sua criação, fase de teste e sua implementação. De seguida irá ser explicitado o percurso realizado na construção deste

instrumento, estando assim dividido em 4 fases: fase de idealização, fase de pesquisa e construção do instrumento de registo, alterações efectuadas na fase de teste e as reuniões realizadas com a equipa de enfermagem.

Foi idealizada uma consulta de enfermagem perioperatória geriátrica que englobasse uma avaliação multidimensional e um programa de ensino. Como já referido e defendido no quadro conceptual do relatório sobre a pertinência de uma avaliação multidimensional no contexto pré-operatório e a importância de um programa de ensino estruturado no âmbito da enfermagem pré-operatória, com a construção da folha de registo de enfermagem, pretendeu-se passar da teoria para a prática.

A folha de registo de enfermagem (Apêndice X) foi construída ao fim de muita pesquisa e encontra-se dividida em 3 partes: aplicação do instrumento de avaliação integral (IAI), abordando os domínios biopsicossociais, de forma perfazer o perfil do indivíduo, o modelo SPICES (intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa) e o programa de ensino estruturado

O instrumento de avaliação integral (IAI) é um instrumento de avaliação multidimensional criado e validado na população portuguesa e, amplamente implementada na Rede Nacional de Cuidados Continuados. A aplicação do instrumento foi autorizado pela autora para o seu uso, com a condição de não sofrer qualquer tipo de alteração (informações mais detalhadas sobre o instrumento escolhido estão descritas no guia de consulta - apêndice IX).

Os idosos são considerados um grupo de risco, face à possibilidade acrescida de adquirir incapacidades, alterações cognitivas, ou mesmo a institucionalização em lares, como consequência de uma abordagem precária. Esta abordagem precária é fruto de uma intervenção em que as necessidades dos idosos não são consideradas de uma forma holística, sendo somente incluídas questões médicas, descurando assim, questões psicossociais e funcionais (Ellis et al, 2011). A hospitalização é considerada um evento adverso para a pessoa idosa, porque a doença principal que origina a admissão hospitalar é muitas vezes acompanhada por outras doenças mais complexas e crónicas, estando muitas vezes associados a condições débeis, nomeadamente a ocorrência de situações de delirium, quedas e desnutrição; factores estes que comprometem a recuperação da pessoa idosa durante o decurso de um internamento e/ou após o regresso a casa (Buurnman et al, 2010; Dramé et al, 2008). A complexidade das doenças e outras

condições de saúde que caracterizam a população de idosos torna-os num grupo de risco face à potencialidade em desenvolver complicações após a sua admissão hospitalar, nomeadamente, no aumento de taxas de mortalidade, no aumento no número de institucionalizações e no potencial declínio funcional. Deste modo, melhorar a segurança nos cuidados e a prevenção de determinados factores considerados adversos para a recuperação e reabilitação de uma pessoa idosa, é considerado uma prioridade nas intervenções a realizar (Buurnman et al, 2010). A avaliação multidimensional da pessoa idosa é a **melhor** metodologia a usar para uma avaliação integral do idoso e para o direccionamento das intervenções a serem propostas (Ellis e Langhorne, 2005; Boongird et al, 2011; Moraes, 2012).

A avaliação multidimensional do idoso procura descobrir problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento per si (“da idade”) e, portanto, não abordados de forma adequada. É um processo global e amplo que envolve o idoso e a família, e que tem como principal objectivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados (Moraes, 2012). Ellis e Langhorne (2005) enaltecem os benefícios desta avaliação e descrevem-no como uma melhoria na precisão do diagnóstico, na optimização da terapêutica a instituir, na restauração e manutenção funcional, no suporte da autonomia perdida e na qualidade de vida, como também é considerado um modelo vantajoso no que concerne ao custo-benefício.

Após a escolha de um instrumento de avaliação multidimensional e a criação de um programa de ensino estruturado, ainda faltava algo respectivo à disciplina de enfermagem com intervenções direccionadas à pessoa idosa e, assim foi escolhido o modelo SPICES, desenvolvido por Terry Fulmer. Segundo Fulmer (2007) a hospitalização potencia na pessoa idosa o declínio funcional, sendo deste modo primordial realizar uma avaliação eficaz e eficiente pela equipa prestadora de cuidados. Na sequência desta necessidade, Fulmer construiu um modelo que tenta responder às necessidades deste grupo etário (item **B** – folha de registos de enfermagem), sendo considerado um quadro de referência/orientação para o enfermeiro planear as suas intervenções, indo deste modo ao encontro das necessidades da pessoa idosa.

O modelo SPICE não compreende todos os aspectos negativos que poderão ocorrer no decurso de uma hospitalização de uma pessoa idosa e, neste sentido, este modelo poderá ser completado consoante a avaliação efectuada e o contexto em si. O modelo

funciona como uma mnemónica que vai auxiliar o profissional na planificação dos cuidados. Esta mnemónica vai em simultâneo abordar outros aspectos que estão directamente ou indirectamente relacionados com outros itens que afectam a população de idosos (Fulmer, 2007). Assim a complexidade dos problemas geriátricos ficam mais expostos, de forma a facilitar a abordagem do enfermeiro na planificação das estratégias mais adequadas para a sua resolução ou minimização.

O modelo SPICES foca primordialmente seis aspectos/condições que poderão influenciar a recuperação do cliente idoso, bem como o tempo de internamento: distúrbios no sono (**S**leep disorder), problemas com a alimentação (**P**roblems with eating and feeding), incontinência (**I**ncontinence), confusão (**C**onfusion), evidência de quedas (**E**vidence of falls) e risco de úlceras (**S**kin breakdown) (Informações mais detalhadas estão contidas no guia de consulta – apêndice IX).

A **folha de registo de enfermagem** (Apêndice X) foi testada durante o mês de Dezembro de 2012 e Janeiro de 2013. Como referido anteriormente, foram criadas grelhas de avaliação para os instrumentos criados (Apêndice XV) e as alterações realizadas foram exclusivamente respectivas ao item B da folha de registo, tendo sido reformulado duas vezes. O número de alterações sofridas foi delineado como um indicador de avaliação.

Actividades:

- Informar as entidades gestoras de uma nova actividade de enfermagem, realçando a pertinência de um novo registo de enfermagem para a qualidade dos cuidados a prestar no decurso de um futuro internamento;
- Incorporar a folha de registo da consulta de enfermagem no processo clínico.

Após a construção da folha de registo de enfermagem, foi realizada a sua divulgação às entidades gestoras da área de ortopedia. Foi agendada uma reunião com a enfermeira chefe do serviço de internamento de ortopedia, com o objectivo de divulgar/apresentar o projecto em si e a nova folha de registo de enfermagem. Foi sugerido e pedido autorização à Enfermeira Chefe do serviço de internamento para a divulgação da folha de

registo junto da equipa de enfermagem do serviço de internamento e, assim, a sua difusão iniciou-se no mês de Dezembro de 2012, no decorrer das passagens de turno.

Para garantir a continuidade dos cuidados foi necessário incorporar a folha de registos de enfermagem no processo clínico. Este aspecto não decorreu inicialmente como pretendido, tendo sido necessário uma supervisão e reunião adicional com a equipa de assistentes técnicos do serviço de consulta externa de ortopedia. Após esta reunião adicional, houve necessidade de realizar uma nova supervisão, tendo sido usado como estratégia para a resolução do problema a colaboração dos enfermeiros do bloco operatório, de forma a transmitir à autora a presença da folha de registo da consulta de enfermagem no processo clínico dos clientes propostos para cirurgia electiva ortopédica. Após esta estratégia constatou-se que a reunião realizada com a equipa de assistentes técnicos tivera sucesso.

Actividade:

- Utilizar métodos e técnicas de ensino adequadas, nomeadamente no que respeita ao conteúdo e à forma.
- Avaliação dos instrumentos (panfletos) utilizados na consulta de enfermagem.

A elaboração de panfletos foi elencada de autores como Enelow et al (1996), Brunner e Suddarth (2002) e Engelke (2012), de forma a esclarecer que aspectos deveriam ser atendidos para a construção de instrumentos de apoio face a um programa de ensino, dirigido à pessoa idosa.

Indicador de avaliação:

Como indicador de avaliação seleccionou-se, no período de estágio, um mês para identificar as fragilidades dos instrumentos de apoio. Durante o mês de Dezembro de 2012, na fase de teste, era pedido aos clientes idoso que examinassem os panfletos e pedido sugestões de mudança. A fase de teste dos panfletos teve como objectivo testar as fragilidades do instrumento quanto à quantidade de informação, tamanho da letra, clareza do conteúdo e adequação do texto/figuras (Apêndice XV). Face a esta estratégia constatou-se que os utentes não realizaram críticas e até ficaram muito entusiasmados

com o fornecimento de informação em suporte de papel. Não satisfeita com a avaliação efectuada, procedeu-se à visita dos clientes após a sua intervenção cirúrgica e, foi averiguado se a consulta e os panfletos tiveram alguma utilidade, sendo que, todos os clientes responderam afirmativamente e realçaram a importância do instrumento (panfleto) através da sua presença aquando o internamento.

Actividades:

- Elaboração e divulgação de um guia orientador para a consulta de enfermagem;
- Assegurar registos de enfermagem eficientes face às problemáticas identificadas, de forma a assegurar intervenções adequadas;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na valorização dos seus registos de enfermagem;
- Elaboração de sessão de divulgação dos instrumentos usados na consulta de enfermagem de ortopedia à equipa de enfermagem da Consulta Externa do CHLC.

Foi construído um guia orientador para a consulta de enfermagem (Apêndice IX), baseado na folha de registo de enfermagem e, um dossier com a impressão de artigos mais pertinentes e uma base de dados informática com igualmente artigos de interesse. O guia orientador foi apresentado à equipa de enfermagem e ficou sujeito a críticas e alterações necessárias. Após a sua consulta pelos diversos elementos da equipa de enfermagem não houve sugestões ou críticas, tendo assim, permanecido inalterado.

Foi realizada uma nova reunião, com o objectivo de aferir questões por esclarecer sobre o guia da consulta de enfermagem e a folha de registo de enfermagem. Após esta reunião procedeu-se à integração dos elementos na consulta de enfermagem pré-operatória. Esta fase decorreu no mês de Fevereiro de 2013, em dois períodos: acompanhamento e orientação do enfermeiro e supervisão das intervenções realizadas através da observação dos registos de enfermagem efectuados na consulta de enfermagem.

Como indicador de avaliação foi elaborado uma grelha de avaliação (Apêndice XVI) para a supervisão dos registos de enfermagem efectuados, com o objectivo de detectar aspectos importantes que pudessem comprometer a qualidade das intervenções e o seu

registo. Os resultados advindos da supervisão realizada foram bastantes animadores, não sendo identificados aspectos relevantes. Após a avaliação efectuada, utilizou-se como estratégia motivadora, valorizar e congratular o desempenho da equipa, comunicando os resultados obtidos da supervisão dos registos de enfermagem.

Durante esta fase do projecto, achei pertinente divulgar o trabalho que estava a ser realizado pela equipa de enfermagem da consulta externa de ortopedia e assim propus à equipa uma sessão de formação/divulgação a apresentar à restante equipa de enfermagem da consulta externa do CHLC-EPE (Apêndice XVII). Delineou-se como indicador de avaliação desta estratégia, o número de presenças na sessão de formação (Apêndice XVIII).

Depois da descrição do planeamento necessário para a criação da consulta de enfermagem bem como, a elaboração de instrumentos e a integração de elementos, de seguida irei descrever as competências desenvolvidas e adquiridas no cuidado à pessoa idosa, através da efectivação do **objectivo II**.

Quando o que nos espera coloca a nossa vida em perigo ou em risco de diminuir as nossas capacidades, designamos como momento crítico (Honoré, 2004). O conceito de crise é utilizado simultaneamente para designar um acidente que modifica uma pessoa em boa saúde aparente ou o agravamento brusco de um estado crónico. Também é utilizado para designar o momento de evolução da doença caracterizado por uma mudança súbita e geralmente decisiva no seu resultado em bom ou mau (Honoré, 2004). O momento crítico poderá desencadear um desconforto, face às necessidades não satisfeitas (Chalifour, 2008). Pela sua natureza, a pessoa procura o prazer e tenta evitar o que dá desprazer. Mobiliza portanto, as suas energias, consciente ou inconsciente, a fim de encontrar os meios para reduzir o estado de stress e reencontrar o conforto perdido. Por exemplo, uma pessoa pode encarar a intervenção cirúrgica como uma ameaça porque vê nela a possibilidade de ter dor, sequelas físicas ou até risco de morrer. Todos estes aspectos, sejam eles reais ou imaginários, contribuem para criar um estado de stress (Chalifour, 2008). A presença de um sentimento de ameaça, de frustração ou de conflito face à satisfação de uma necessidade ou na concretização de um objectivo, a pessoa vivencia emoções diferentes. De entre elas, a ansiedade reveste-se de um

caracter particular devido aos seus aspectos primitivos e invasivos, bem como ao desconforto que suscita (Chalifour, 2008).

Segundo Meleis (2010) as transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas advindas pela dificuldade em gerir as mudanças. A transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento. Ao experienciar novos conhecimentos ou vivenciar novas situações, existe um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado (Abreu, 2011).

Para Meleis (2010) a enfermagem desempenha um importante papel no auxílio e na educação perante as adversidades que ocorrem ao longo de um processo de transição. Sendo o período pré-operatório considerado uma parte integrante da longa jornada que o cliente terá que percorrer, existem determinadas condições que são facilitadoras ou inibidoras de processos de transições, influenciando inevitavelmente a recuperação no pós-operatório. Essas condições deverão ser entendidas de forma a promover transições saudáveis, sendo o significado do evento, as expectativas, o nível de conhecimento ou habilidades, o ambiente, a planificação e o bem-estar físico e emocional, aspectos a considerar nas intervenções de enfermagem.

A enfermeira deverá organizar e coordenar toda a informação fornecida pelo cliente e delinear intervenções de acordo com os objectivos preconizados (Lucas, 2007). A enfermeira poderá ser considerada o elo de ligação entre a instituição e o cliente, enquanto este aguarda pela intervenção cirúrgica (Lucas, 2007).

Actividade:

Acolhimento do cliente idoso e seu cuidador na dinâmica da consulta

Através:

- Apresentação do enfermeiro
- Explicitação dos objectivos da consulta;
- Fornecimento de um cartão de identificação do enfermeiro, bem como do contacto telefónico;
- Utilização de uma atitude e comunicação precisa e adequada;

- Estabelecimento de uma relação de confiança e de empatia no período da consulta;
- Envolvimento da família ou pessoa significativa, de forma a obter melhores resultados.

Como indicador de avaliação, foram escolhidos aspectos relacionados com número de familiares presentes, pois segundo Enelow et al (1996), 85% dos cuidados prestados a pessoas idosas são realizados pela família e pelos amigos e cerca de 20% dos pacientes com mais de 70 anos tem problemas de memória, sendo incapazes de fornecer uma história exacta ou mesmo reter a informação fornecida. Assim, considerou-se pertinente a presença do familiar ou do cuidador informal na consulta de enfermagem, de forma a envolver todos os intervenientes no processo de saúde/transição. Com o decorrer das consultas constatou-se que, a maioria das questões eram colocadas pelo próprio familiar/cuidador, evidenciando assim, o interesse em participar no processo cirúrgico como também, evidenciando por vezes algum nível de ansiedade face ao desconhecido. A maioria dos clientes idosos entrevistados vinha acompanhada, principalmente idosos com idade superior a 75 anos de idade.

Actividade:

Individualização dos cuidados prestados

De forma a individualizar os cuidados prestados realizavam-se perguntas abertas, que segundo Enelow et al (1996), este tipo de questões promove uma empatia entre o enfermeiro e o cliente idoso. A individualização dos cuidados prestados incide essencialmente na identificação de necessidades biopsicossociais, identificadas através do Instrumento de Avaliação Integral e da aplicação do modelo SPICES, como também a individualização de necessidades de cariz pedagógicas, adaptando o programa de ensino à patologia em si, às habilitações literárias e, não menos importante, respeitando a disponibilidade do cliente para a aprendizagem.

O impacto da colheita de informação realizada e das intervenções delineadas para os cuidados de enfermagem, bem como a satisfação do cliente face às necessidades identificadas, não foram avaliadas, não tendo sido possível aplicar indicadores de resultado.

Actividade:

- Aplicação de um programa de ensino face à intervenção que irá ser submetido e fornecimento de informações de acordo com as necessidades expressas pelo cliente idoso e seu cuidador;

- Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação específica.
- Actuar de forma a dar poder ao cliente e seu cuidador para adoptarem comportamentos que influenciam a recuperação no pós-operatório;
- Fornecer informações e realizar demonstração de exercícios pertinentes para facilitar a assimilação de determinados comportamentos a adoptar após a intervenção cirúrgica.
- Reforçar a informação através da entrega de panfletos;
- Visita guiada ao serviço de internamento de ortopedia, como forma de finalizar a informação dada.

Indicador de avaliação:

-nº de ensinios registados na folha de registos de enfermagem e sua avaliação;

-nº de panfletos entregues.

Em todas as consultas foram entregues os panfletos respectivos e aplicado o programa de ensino/informação, bem como o registo dos reforços necessários e a sua validação na folha de registo, de forma a evidenciar as intervenções realizadas na consulta de enfermagem e a promover a continuidade dos cuidados.

Actividade:

Mobilizar os recursos existentes do CHLC-EPE.

Para adquirir conhecimentos nesta área foi necessário realizar um estágio de 3 dias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada, acompanhando as equipas de cuidados

continuados integrados (ECCI) na prestação de cuidados ao cliente idoso e seu cuidador (Apêndice XIX). Esta experiência potenciou conhecimentos para:

- Identificar necessidades sociais e intervir adequadamente, com vista à optimização dos resultados numa fase pós-operatória.
- Conhecer as dificuldades e necessidades de uma pessoa idosa quando inserida na comunidade;
- Conhecer e experienciar a articulação entre uma Unidade Hospitalar e uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários;

Indicador de avaliação

- nº de casos identificados .

No decorrer da consulta de enfermagem foram detectados algumas situações de âmbito social. Algumas das situações detectadas foram discutidas e solucionadas no decorrer da consulta e, outras necessitaram de ser registadas na folha de registo de enfermagem (Item C- folha de registo), sinalizando os clientes de risco, de forma a poder ser intervencionado pela assistente social no dia da admissão hospitalar.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A consulta de enfermagem pré-operatória dirigida à pessoa idosa engloba uma avaliação multidimensional do cliente, a elaboração de diagnósticos de enfermagem através do modelo SPICES e a aplicação de um programa de ensino estruturado. A duração da consulta é variável, dependendo da patologia a intervencionar, da elaboração de diagnósticos de enfermagem, do nível de ansiedade do cliente, do ensino e sua avaliação, da necessidade de esclarecimento de dúvidas, da experiência do cliente sobre situações semelhantes e a necessidade de uma visita guiada ao serviço de internamento, tendo um tempo previsível de 30 a 60 minutos

Do total de 59 consultas pré-operatórias realizadas no período de 12 de Dezembro de 2012 a 12 de Fevereiro de 2013, 25 consultas foram realizadas a clientes idosos para procedimentos de cirurgia electiva no CHLC-EPE, serviço de ortopedia. Houve, no entanto, 6 clientes em que não foi realizada a consulta de enfermagem, devido a uma falha no circuito do cliente, tendo sido ao longo do percurso de estágio melhorado. Portanto, a população de interesse para este projecto de estágio é constituído por 25 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que 16 apresentam idades inferiores a 75 anos e 9 com idade superior a 75 anos de idade.

Do grupo de idosos seleccionado, todos foram submetidos a uma avaliação multidimensional, através da aplicação do Instrumento de Avaliação Integral, como também elaborados diagnósticos de enfermagem através do modelo SPICES e aplicado o programa de ensino estruturado.

Do número de consultas realizadas e da pequena amostra colhida, os resultados advindos não são suficientes para expressar conclusões definitivas, mas gostar-se-ia de revelar alguns dados percepcionados ao longo do estágio.

Do instrumento de avaliação multidimensional e do modelo SPICES foi possível detectar perturbações numa população de idosos assistidos na consulta de ortopedia.

Da aplicação do instrumento de avaliação integral, a maioria dos idosos é funcionalmente independente, sem alterações do estado mental mas, apresentam uma mobilidade comprometida, uma actividade física praticamente inexistente, hábitos alimentares deficientes e um défice no apoio e na rede social.

Da aplicação do modelo SPICES, as alterações mais frequentes disserem respeito a alterações no padrão de sono (tendo sido identificado inúmeros casos de automedicação) e alterações na eliminação, principalmente no género feminino. As alterações do padrão vesical são notórias a partir dos 55 anos de idade. Referente ao item de quedas, que se complementa com o IAI, tem um registo considerável de ocorrência, nomeadamente em clientes com patologia ortopédica, face à patologia em si, que compromete a mobilidade e potencia o evento adverso.

Da utilização do Instrumento de Avaliação Integral e do modelo SPICES, percepção-se que as alterações detectadas foram mais frequentes nos indivíduos com mais de 75 anos de idade.

Dos 25 idosos propostos para cirurgia electiva, todos foram submetidos a um programa de ensino/informação estruturado, tendo sido explicado os cuidados pré-operatórios necessários e os cuidados pós-operatórios face à patologia, como também uma explicação breve sobre as Escalas de Dor existentes no serviço de ortopedia. Todos estes ensinamentos foram apoiados pela entrega de um panfleto alusivo à sua patologia e uma breve visita guiada ao serviço de internamento de Ortopedia. Dos 25 clientes idosos, 3 não aceitaram explicações detalhadas sobre o que iria ocorrer, porque entenderam que essa acção poderia aumentar a ansiedade e outros 2 recusaram a visita ao serviço de internamento, alegando que já tinham passado por outros procedimentos cirúrgicos e que conheciam o ambiente e as instalações.

É de realçar que, em cada consulta de enfermagem era atribuído o número de telefone do serviço e o nome da enfermeira que realizava a consulta, de forma ao cliente questionar sempre que necessário o profissional de saúde, estabelecendo assim, uma relação mais duradoura. Foram recebidos inúmeros telefonemas mas, a sua maioria dissera respeito a questões logísticas, como exemplo, o dia certo para a intervenção cirúrgica. Houve no entanto, dois telefonemas em que os clientes necessitaram de uma “voz amiga” e um reforço sobre determinadas questões abordadas na consulta de enfermagem.

Neste projecto, a percepção e avaliação do cliente idoso cirúrgico acerca das orientações pré-operatórias fornecidas antes da admissão hospitalar, como contributo para a redução da ansiedade e para a qualidade e satisfação dos cuidados prestados é um futuro passo para a continuidade de outros projectos. Sobre a utilização do Instrumento de Avaliação Integral e do modelo SPICES, tiveram um contributo importante numa abordagem

multidimensional da pessoa idosa, evitando a subvalorização de determinados aspectos da vida de uma pessoa idosa. É de referir que o modelo SPICES é um modelo flexível, que permite ajustes sempre que necessário e que o enfermeiro que o utiliza deverá estar consciente que é uma mnemónica e que não contempla todos os problemas susceptíveis de ocorrer no decurso do internamento. O conhecimento adquirido junto destes instrumentos com o conhecimento alcançado sobre o processo de envelhecimento, o impacto da doença crónica na pessoa idosa ajudaram a desenvolver intervenções de enfermagem com resultado positivo na satisfação dos cuidados prestados aos clientes e na optimização da sua recuperação numa fase pós-operatória, ao estabelecer uma relação de empatia numa fase pré-admissão.

5. LIMITAÇÕES DO PROJECTO

Este projecto comporta limitações às quais associam-se à duração de tempo de execução do mesmo, ao espaço próprio para a realização da consulta e à pouca experiência que a autora detém como investigadora.

Tendo em conta a finalidade deste projecto que visa a implementação de mudanças em termos de práticas de cuidados, onde maioritariamente as práticas exercidas no contexto em que se desenvolve o projecto se restringem a cuidados pós-operatórios, o tempo requerido para a interiorização de novos conhecimentos e modelos de actuação é insuficiente para a execução do projecto. A avaliação do impacto deste projecto na introdução de novas práticas de cuidados não foi possível e pode constituir uma limitação deste.

A avaliação deste projecto sustentou-se, em parte, nos indicadores de processo e de estrutura, tendo sido impossível aplicar indicadores de resultados pela amostra reduzida e pouco representativa, bem como pelo tempo disponível.

Por outro lado, a luta necessária para adquirir um espaço próprio (gabinete) para a realização da consulta de enfermagem foi uma constante ao longo de todo o decurso do projecto, pois estava dependente de alterações decorrentes na organização de consultas médicas.

A avaliação deste projecto sustentou-se, em parte, pela satisfação demonstrada pelos clientes no final da consulta de enfermagem mas, a autora está ciente que não poderão ser tidas em conta, sem aplicação de um instrumento científico para o efeito.

6. CONCLUSÃO

Esta metodologia de avaliação permite a “liberdade” de escolher em que âmbitos são aprofundados conhecimentos, num balanço entre aqueles que são os objectivos de cada um e as estratégias usadas para se demonstrar que esses objectivos foram alcançados. Assim, na elaboração do projecto procurou-se reunir todo um conjunto de evidências que apontassem o percurso de aprendizagem e competências adquiridas ao longo do tempo em que foi desenvolvido e implementado o projecto em causa.

A autora do projecto não está totalmente firme se fez a melhor selecção da informação e das evidências. Por vezes, é difícil a escolha de conteúdos numa área tao abrangente mas, em simultânea pouco investigada, no entanto, pretendeu-se seleccionar com pertinência o que foi mais significativo e melhor traduziu o conhecimento adquirido e o caminho realizado.

Considerou-se extremamente gratificante a realização deste trabalho, sob o ponto de vista pessoal e formativo, na medida em que contribuiu especialmente para o desenvolvimento profissional pois veio dar fundamento e consistência teórica a muitos conhecimentos que a autora detinha e que foram apreendidos de forma empírica nos anos de exercício profissional num serviço de ortopedia e no curso de mestrado, reflectindo-se positivamente na prestação de cuidados especializados aos clientes idosos do foro ortopédico, particularmente aos propostos para cirurgia electiva.

O estágio na consulta de enfermagem de preparação cirúrgica do CHLC-EPE (H.S.José), teve a particularidade de ter sido uma estratégia fulcral para a concretização do projecto de autoformação, visto que o projecto desenvolvido, apesar de se assentar numa necessidade advinda da prática diária vivenciada pela autora, foi completamente novo, pois partiu-se do zero, e após uma persistência constante, face às contingências socioeconómicas pelo qual estamos todos a atravessar (na redução de enfermeiros), a consulta de enfermagem foi implementada e está a caminhar para um bom caminho, prevendo-se o alargamento para uma consulta de pós-operatória e quem sabe para um futuro projecto de investigação na área da geriatria perioperatória, pois ficou por definir e avaliar indicadores de resultados, nomeadamente, na redução de tempos de internamento, no nível de satisfação do cliente idoso e seu familiar, na eficácia das intervenções realizadas nos domínios biopsicossociais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . Abreu, Wilson Correia (2011). *Transições e contextos multiculturais*. 2ª Edição. Coimbra; Formação.
- . Aguiar, João Paulo (2009) – Delirium pós-operatório: uma situação frequente, pouco reconhecida e com impacto na morbilidade – Tese de ,mestrado integrado em Medicina – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- . Audisio, RA; Ramesh, Hodigere; Longo, Walter; Zbar, Andrew; Pope, Daniel (2005) – Preoperative Assessment of Surgical Risk in Oncogeriatric Patients. *The Oncologist*. Vol. 10. P.262-268.
- . Audisio, RA; Pope, D.; Ramesh, HD.; Gennari, R. et al.(2008) - Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help: A SIOG surgical task force prospective study. *PubMed*.Vol.65. P.156-163.
- . AESOP-Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006) – *Enfermagem Perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. ISBN: 972-8930-16-X.
- . Bardin, Laurence (2011) – Análise de conteúdo. Edições 70. 5ª Edição ISBN: 978-972-44-1506-2.
- . Beck, A (2007) – Nurse-led pre-operative assessment for elective surgical patients. *Art and Science- Nursing Standart*. Vol.21, nº51. p.35-38.
- . Bettelli, Gabriella (2010) – Anaesthesia for the elderly outpatient: preoperative assessment and evaluation, anaesthetic technique and postoperative pain management. *Current Opinion in Anesthesiology*. Vol.23. P.726-731.
- . Boongird, Chitima; Thamakaison, Sangsulee; Krairit, Orapitchaya (2011) – Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. *Geriatrics Gerontology*. Vol.11. P.204-210.
- . Botelho, Maria Amália (2000) Autonomia funcional em idosos. Bial, nº 178852/02
- . Brunner and Suddarth (2002) – *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 9ª Edição. Vol.1. Guanabara.

- . Buurman, Bianca; Parlevliet, Juliette; Deelen, Bob; Haan, Rob; Rooji, Sophia (2010) – A randomized clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge. *BMC-Health Services Research*. Vol.10:296.
- . Carvalhais, Maribel D; Sousa, Liana (2011) – Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 3. P. 75-84.
- . Chalifour, Jacques (2008) – *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- . Chen et al. (2010) - Effectiveness of community hospital-based post-acute on functional recovery and 12 months mortality in older patients: A prospective cohort study. *Annals of Medicine*. Vol. 42. P.630-636.
- . Chow, Warren; Ko, Clifford; Rosenthal, Ronnie; Esnaola, Nestor (2012) – ACS NSQIP/AGS BEST PRACTICE GUIDELINES: Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient. American College of Surgeons. Acedido em Abril de 2013, através: <http://www.jhartfound.org/blog/wp-content/uploads/2012/10/ACS-NSQIP-AGS-Geriatric-2012-Guidelines6.pdf>
- . Corrijo, Alessandra; Oguisso, Taka (2006) – Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). *Rev. Bras. Enferm.*. Vol.59, pag.454-458.
- . Dhesi, J (2010) – Improving outcomes in older people undergoing elective surgery. *JR Call Physicians Edimb*. Vol.40. P.348-353. Doi: 10.4997/JRCPE2010.416.
- . Dhesi, J (2012) – Case study – Proactive Care of Older People undergoing surgery (POPS) service. Acedido em Fev.2013, através: http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&id=2033:case-study-proactive-care-of-older-people-undergoing-surgery-pops-service&catid=194:casestudies&Itemid=820
- . Dramé et al (2008) - Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalized in medical wards via emergencies: the SAFES study. Springer Science and Business. Vol.23. P.783-791. Doi: 10.1007/s10654-008-9290-y.

- . Enelow, Allen; Forde, Douglas; Brummel-Smith, Kenneth (1996) – *Entrevista clínica e cuidado ao paciente*. 4ª Edição. Climepsi Editores. ISBN: 972-95908-9-3.
- . Engelke, Zeena (2012) – Patient Education: teaching the older adult. *Cinahl Information Systems*. Vol.65. Nº4 (Março de 2012) issn ICD-9
- . Ellis, Graham; Langhorne, Peter (2005) – *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. British Medical Bulletin, Vol. 71: 45-59. Doi: 10.1093/bmb/ldh033.
- . Ellis, Graham; Whitehead, Martin; Robinson, David; O'Neill, Desmond; Langhorne, Peter (2011) - Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. Vol.3. doi: 10.1136/bmj.d6553.
- . Fitzpatrick, Elizabeth; Hyde, Abbey (2005) –What characterizes the “usual” preoperative education in clinical contexts?. *Nursing and Health Sciences*. Vol.7;p.251-258.
- . Fulmer, Terry (2007) – *SPICES*. *AJN*. Vol.107, nº 10. P.40-48. Acedido em Dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com>
- . Garretson, Sharon (2004)- Benefits of pre-operative information programmes. *Art&Science* . Vol.18. Nº 47 (Maio 2004).p.33-37. Acedido em Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15357551> PMID: 15357551.
- . Gomes, Noélia (2009) – *O doente cirúrgico no pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. Dissertação de candidatura ao Grau Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- . Harari, Danielle; Hopper, Adrian; Dhesi, Jugdeep; Babilac-Illman, Gordana; Lockwood, Linda; Matin, Finbarr (2007) - Proactive care of older people undergoing surgery (POP's): Designing, embedding, evaluation and funding a comprehensive geriatric assessment service for older elective surgery patients. *Oxford Journal*. Vol.36. P.190-196.
- . Honoré, Bernard (2004) – *Cuidar- persistir em conjunto na existência*. Lusociência. ISBN: 972-8383-58-4.
- . Imaginário, Cristina (2002) – *O idoso dependente, em context familiar*. Edição Formasau. ISBN: 972-8485-38-7

- . Instituto Nacional de Estatística - INE (2011) – *Censos 2011. Resultados Provisórios*. Informação à comunicação social. Acedido em 09/05/2012. Disponível em <http://www.ine.pt>.
- . Kim, Kwang; Park, Kay-Hyun; Koo, Kyung-Hoi; Han, Ho-Seong; Kim, Cheol-Ho (2013) - Comprehensive geriatric assessment can predict postoperative morbidity and mortality in elderly patients undergoing elective surgery. *Elsevier*. Volume 56. P.507-512.
- . Kristjansson, Siri; Nesbakken, Arild; Jordhoy, Marit; Skovlund, Eva; Audisio, Riccardo; Johannessen, Hans-Olaf; Bakka, Arne e Wyller, Torgeir (2010) - Comprehensive geriatric assessment can predict complications in elderly patients after elective surgery for colorectal cancer: A prospective observational cohort study. *Elsevier*. Volume 76. P.208-217.
- . Leme, Luiz; Sitta, Maria do Carmo; Toledo, Manuella; Henriques, Simone (2011) – Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. *Revista Bras. Ortop.* Nº 46 (3).p.236-246.
- . Lucas, Brien (2007) – Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nursing Standart – learning zone*. Vol.22.Nº2 (Setembro de 2007).p.50-56. Acedido em Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17944139>.
- . Lueckenotte, Annette (2002) – Avaliação em Gerontologia. Eª Edição. Reichmann&Affonso Editores. ISBN: 85-87148-59-1.
- . Meleis, Afaf (2010) – *Transitions Theory*. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. USA: Springer Publishing Company.
- . Martins, Amaro et al (2008) – Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Vol.2, nº2.
- . Meletti, José Fernando; Miranda, Reinaldo; Simões, Fernanda; Hagui, Camila de Souza; Farrajota, Carolina (2007) – Delirium e disfunção cognitiva em idosos submetidos a cirurgia ortopédicas. *Redalyc.org*. Vol. 18, nº 1. P.22-32.
- . Mendes, Aida; Silva, Anabela; Nunes, Deolinda; Fonseca, Guida (2005) – Influência de um programa psico-educativo no Pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista Referência*. IIª Série- nº1

- . Menley, Kim; Bellman, Loretta (2003) – Enfermagem cirúrgica – Prática Avançada. Lusociências. ISBN: 972-8383-54-1
- . Moraes, Edgar (2012) – Atenção á saúde do idoso: aspectos conceptuais. *Organização Pan-americana da saúde*. Brasilia.
- . Osório, Agustin; Pinto, Fernandes (2007) – As pessoas idosa – contexto social e intervenção educativa. Instituto Piaget. ISBN: 972-771-782-9
- . Pearce, JoAnne (2006) – Documenting preoperative education. *Nursing*. Vol.36.Nº 8. p.71. Acedido em Abril de 2012. Disponível em: http://journals.lww.com/nursing/Citation/2006/08000/Documenting_preoperative_education.52.aspx
- . Phipps, Sands, Marek (2003) – *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e práticas clínicas*. Lusociência.Vol 1 ISBN: 972-8383-65-7.
- . Quintal, Carlota; Lourenço, Óscar; Ferreira, Pedro (2012) – Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes sociais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Nº 30 (1). P. 35-46.
- . Pignatelli, Carmen (2006) – Confiem na equipa de saúde. *Jornal do centro de saúde: A saúde nas suas mãos*. Ano 2, nº 16. Acedido em Abril 2013: http://www.cscarnaxide.min_saúde.pt/journal/su
- . Pritchard, MJ (2011) – Using target information to meet the needs of surgical patients. *Art and Science – Nursing Standart*.Vol.25, nº 51. p.35-39.
- . Rothrock, Jane (2008) – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Lusociência. 13ª Edição. ISBN: 978-989-8075-07-9.
- . Ruiz-Neto, Pedro; Moreira, Neli; Furlaneto, Maria (2002) – Delirio pós-anestésico. *Rev. Bras. Anesthesiol*. In Scielo. Vol. 52, nº2; p.242-250.
- . Sarmiento, Emília; Pinto, Paula; Monteiro, Sónia (2010). *Cuidar do Idoso – Dificuldade dos Familiares*. Editora Formasau.
- . Stern, Cindy; Lockwood, Craig (2005) – Knowledge retention from preoperative patient information. *Evid Based Health*. Vol.3 p.45-63.

- . Stillwed et al (2010) – [Evidence-Based Practice, Step by Step: Searching for the Evidence](#). **American Journal of Nursing**. ISSN 0002936X. Vol. 110, nº 5 (Maio, 2010) p. 41-47.
- Sousa, Valéria; Guariento, Maria (2009) – Avaliação do idoso desnutrido. *Rev. Bras. Clin. Med.* Vol. 7.p.46-49.
- . Suijiker, Jacqueline; Buurman, Bianca; Riet, Gerben; Riet, Marjon; Haan, Rob; Rooij, Sophia; Charante, Eric (2012) - Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of cluster randomized trial. *BMC – Health Services Research*.12:85.
- . Vendites, Soraya; Almada-Filho, Clineo; Minossi, José (2010) – Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente cirúrgico. *ABCD Arq. Bras. Cir. Big in Scielo*. Vol.23, nº3.p.173-182.
- . UMCCI (2011) – *Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. RNCCI. P.26-64. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf
- . Walker, Jennie (2007) – What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*. Vol.16, nº1.p.27-32.

Apêndice I

Entrevista semi-estruturada aos enfermeiros que desempenham funções na
Consulta Externa de Ortopedia

1. Idade ____ anos Género: F ☐ ☐ M ☐ ☐
Grau académico: _____

2. Tempo de exercício profissional:

3. Tempo a exercer funções no serviço de Consulta Externa: _____
Carga Horária: _____

4. Os cuidados dirigidos aos utentes são na sua maioria:
Jovens ☐ ☐ Adultos ☐ ☐ Idosos ☐ ☐

5. Considera os registos que efectua suficientes?
Sim ☐ ☐ Não ☐ ☐

6. Considera os registos que efectua adequados?
Sim ☐ ☐ Não ☐ ☐

7. Se respondeu Não as perguntas 5 e 6, explique porquê?

8. De que forma mobiliza os recursos para responder às necessidades identificadas no cliente idoso?

9. Utiliza algum instrumento de recolha e registo de dados, relativamente ao cliente idoso?

Sim ☐ ☐ Não ☐ ☐

10. Refira as três maiores dificuldades no atendimento ao idoso.

11. Sente necessidade de formação na área da Geriatria? Se sim, em que dimensões?

12. O que mudaria no seu contexto de trabalho, relativamente ao atendimento e acompanhamento do cliente idoso? E como o faria?

Apêndice II



Caro/a Sr. utente

Sou Sandrina Fernandes, enfermeira neste hospital e estou a frequentar o 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialidade Médico-cirúrgica – vertente Idoso na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Nesse âmbito estou a realizar o diagnóstico de situação de um Projecto e estou a recolher alguma informação para preparar um novo serviço de apoio aos doentes na fase pré-operatória pelo que pretendo identificar os seus conhecimentos face à sua saúde.

Assim gostaria de lhe fazer algumas questões que demoram aproximadamente 15 minutos a responder. As informações recolhidas serão anónimas, confidenciais e exclusivamente utilizadas no âmbito do presente estudo.

Se entender recusar responder a qualquer pergunta, é-lhe garantido que em nada será prejudicado, caso opte por esta posição.

A sua participação contribuirá para um melhor conhecimento da problemática em estudo, permitindo desta forma a introdução de estratégias adequadas, para a melhoria das condições de atendimento.

Agradeço desde já a sua disponibilidade em colaborar.

Enfª Sandrina Morais Fernandes

INQUERITO AOS UTENTES ASSISTIDOS NA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA

1. Género: F ☐ M ☐

2. Idade: _____ anos, a 31 de Dezembro de 2011

3. Grau de escolaridade:

. ≤ 4ª Classe ☐ ☐

. ≥ 4ª Classe e < 6º ano de escolaridade ☐ ☐

. ≥ 6º Ano e < 9º ano de escolaridade ☐ ☐

. ≥ 9º Ano e < 11º ano de escolaridade ☐ ☐

. ≥ 11º Ano e < curso superior ☐ ☐

. curso superior ☐

☐

4. Reside: sozinho ☐ com familiares ☐ lar ☐ outros ☐

5. Filhos: Sim ☐ Não ☐

6. Qual o motivo que o traz à consulta de Ortopedia?

7. Relativamente à situação de saúde / acidente actual já lhe foi dada alguma informação?

Sim ☐ Não ☐

7.1. Considera-as úteis? Sim ☐ Não ☐

7.2. Considera-as suficientes? Sim ☐ Não ☐ Se não porquê?

8. Relativamente às informações que lhe foram fornecidas, ficou esclarecido relativamente:

8.1. Aos dias de internamento, previsíveis? Sim ☐ Não ☐ ☐

Quantos dias lhe indicaram? _____

8.2. Ao que trazer no dia do internamento? Sim ☐ ☐ Não ☐ ☐

8.3. Às ajudas técnicas que poderá ter que utilizar, face à sua alteração na mobilidade, após a cirurgia?

Sim ☐ Não ☐

(uso de canadianas, andarilho, cadeira de rodas,...)

8.4. Às possíveis actividades diárias (banho, vestir, ida à casa de banho) alteradas após o tratamento?

Sim ☐ Não ☐

8.5. A quem é que o vai ajudar durante o internamento e na preparação da alta?

Sim ☐ Não ☐

8.6. A quem é que vai garantir a continuidade de cuidados pós-alta... A quem se dirigir após o internamento/tratamento? Sim ☐ Não ☐

8.7. À necessidade de apoio de uma pessoa após a intervenção/tratamento, para as suas actividades diárias durante aproximadamente os primeiros dias após a alta hospitalar? Sim ☐ Não ☐

9. Sobre que outros aspectos, quereria receber informações?

10. Quem lhe deu informação? _____

11. Onde estava quando a informação foi dada?

12. O momento em que lhe foram dadas as informações sobre a sua doença actual, considerou oportuno/adequado?

Sim ☐ ☐ Não ☐

13. Considera relevante ter um enfermeiro a quem possa contactar para lhe esclarecer dúvidas, procedimentos a efectuar antes de uma intervenção cirúrgica, recursos disponíveis, etc...?

Nada relevante ☐ ☐

Pouco relevante ☐ ☐

Relevante ☐ ☐

Muito relevante ☐ ☐

Indispensável ☐ ☐

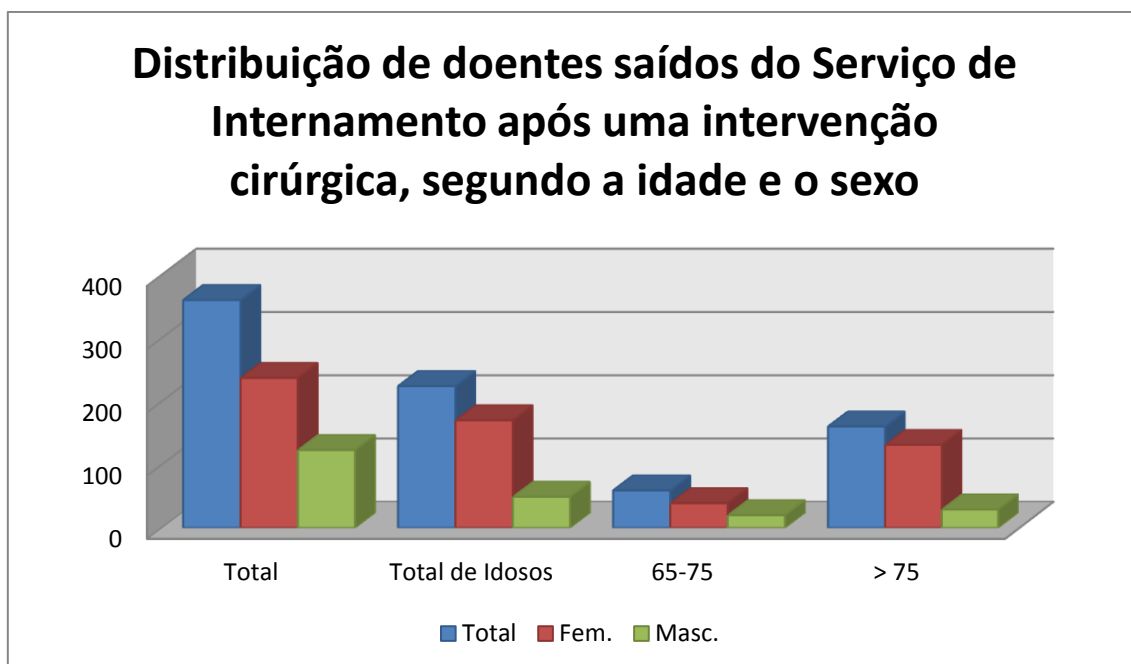
Apêndice III

ANÁLISE SWOT

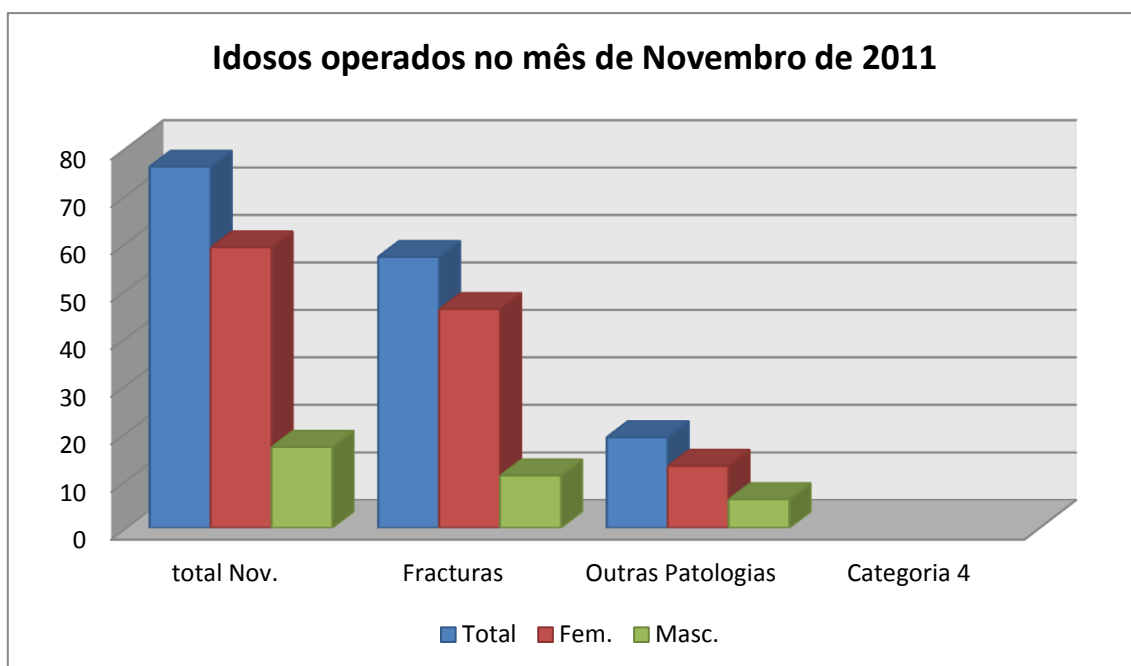
PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros com uma diversidade em experiência profissional; - Motivação da equipa de enfermagem; - Gestão centrada no cliente, privilegiando a qualidade dos serviços; - Aceitação do projecto pelas chefias; - Estrutura física do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispersão dos recursos; - Inexistência de um espaço/gabinete próprio para a consulta; - Inacessibilidade da equipa de enfermagem à informação clínica do cliente; - Articulação inexistente entre a equipa de enfermagem da consulta e o serv. de enfermaria; - Rotatividade dos profissionais de enfermagem no serviço de consultas.
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> - Orientação dos cuidados para o cliente e família; - Autonomia dos cuidados prestados; - Dinamização das rotinas de cuidados de enfermagem; - Parceria com outros profissionais; - Enriquecimento da experiência profissional e pessoal na abordagem ao cliente idoso; - Formação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise económico-financeira e social, provocando instabilidade e insegurança nos serviços de saúde; - Insucesso de parceria como equipa multidisciplinar; - Projectos semelhantes a decorrer em simultâneo; - Surgimento de situações delicadas provocando decisões improvisadas para os cuidados à pessoa idosa; - Desmotivação da equipa de enfermagem, pelo não reconhecimento do seu trabalho

Apêndice IV

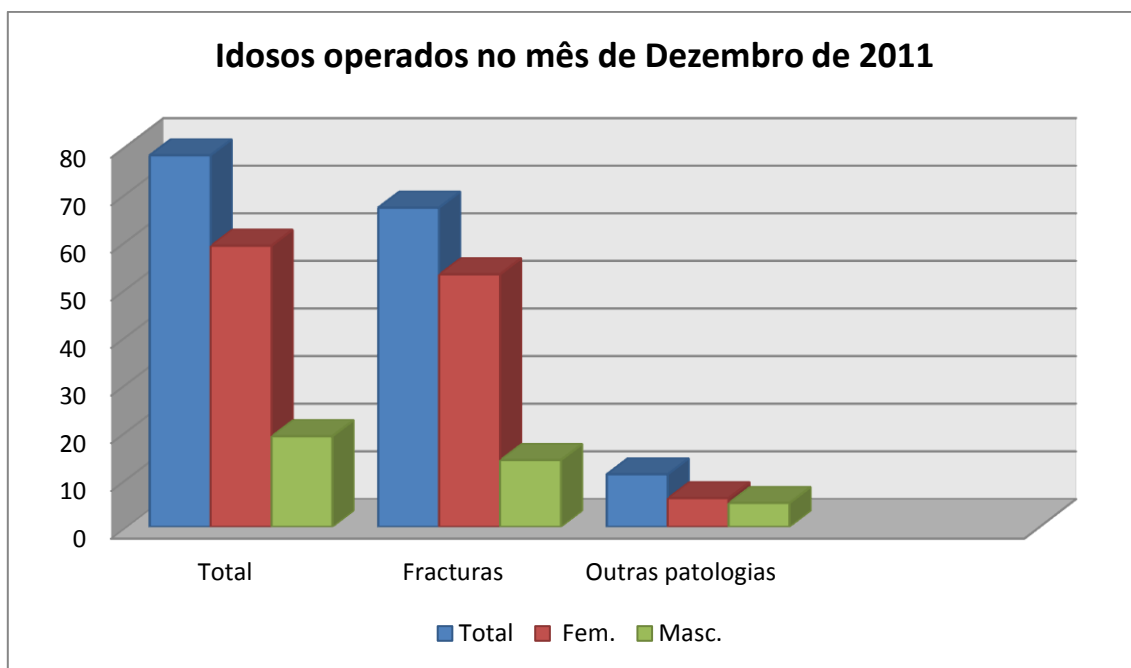
Quadro 4: Distribuição de doentes saídos do serviço de internamento de ortopedia do CHLC, EPE (H.S.José), segundo a idade e o sexo (período de Nov.de 2011 a Janeiro de 2012):



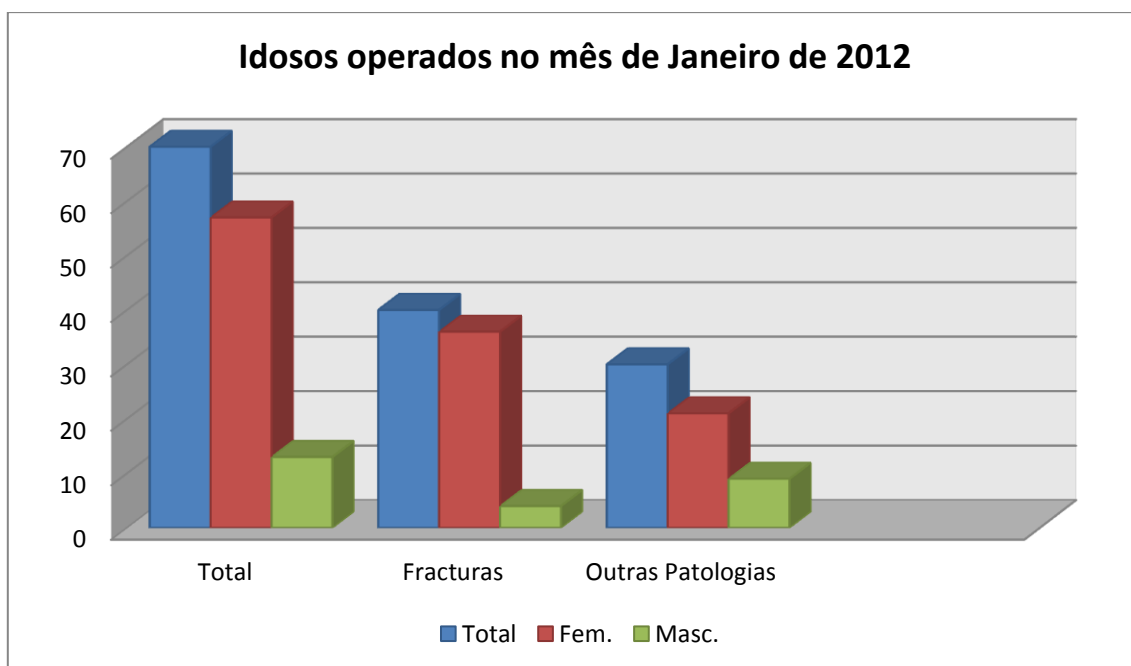
Quadro 5: Número de Doentes Idosos operados no mês de Novembro de 2011, no serviço de internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José):



Quadro 6: Número de Idosos Operados no mês de Dezembro de 2011, no serviço de internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José):



Quadro 7: Número de Idosos operados no mês de Janeiro de 2012, no serviço de internamento de Ortopedia do CHLC,EPE (H.S.José):



Apêndice V



À Senhor Inf. Superior António
Reito para informações pertencentes a
pedido

2012/04/26

Ana Soares
Enfermeira Directora

Chamo-me Sandrina Morais Fernandes, enfermeira graduada, a exercer funções no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) - Hospital de S. José, no Bloco operatório de Ortopedia. Encontro-me a frequentar o 3º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura em Enfermagem Médico – cirúrgica – vertente idoso, na Escola Superior de Enfermagem (ESEL) e foi proposto pelo corpo docente a elaboração de um projecto de Intervenção na área do idoso. Sendo o projecto um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para responder/estudar um problema, estou neste momento na fase de diagnóstico de situação. O tema do projecto será "Acompanhamento de um idoso com patologia osteoarticular, através de uma consulta de Enfermagem". Este projecto tem como finalidade oferecer um serviço de qualidade aos utentes que frequentam a consulta Externa de Ortopedia do CHLC.

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Segundo o Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI, 2004), as políticas que permitam desenvolver acções mais próximas aos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população. Relativamente à procura de cuidados de saúde, tem-se verificado um aumento da procura por pessoas de 65 e mais anos, nomeadamente acima dos 85 anos, o que justifica e obriga à progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde à população mais idosa.

A realidade mostra-nos que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina, por um aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionados com situações susceptíveis de prevenção.

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade (PNSPI, 2004).

"A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento de complicações. De facto, muitas doenças e acidentes não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam" (PNSPI, 2004)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA	
Secretariado CA	
N.º	2800
Entrada	20.04.12
Saída	

Informação

No âmbito da intervenção dos enfermeiros colocados na consulta de ortopedia não existe um plano de actuação a que legitimamente se possa chamar de consulta de ortopedia.

No desenvolvimento das suas competências os enfermeiros informam e esclarecem os utentes sobre o seu estado de saúde.

A implementação de uma consulta de enfermagem é um dos objectivos do corpo de enfermagem.

O presente trabalho, embora de âmbito académico, pode constituir um bom instrumento de trabalho para fundamentar a pertinência da implementação de uma consulta de enfermagem.



António Pinto
Enfº Supervisor

*Autrizo-se a realização dos
inquéritos na Consulta Externa
de Ortopedia.*

Ana Soares
2012/05/02

Ana Soares
Enfermeira Directora

Apêndice VI

Resultados dos inquéritos aplicados na consulta externa de ortopedia

Total da amostra: 10 clientes com idade igual ou superior a 65 anos.

	Sim	Não
<u>Caracterização da amostra:</u> 1) <i>Gênero:</i> Feminino-----6 Masculino-----4 2) <i>Idade:</i> >65 < 75 anos de idade-----8 >75 anos de idade-----2 3) <i>Grau de escolaridade:</i> 1º Ciclo-----8 Curso Superior-----2		
1) <u>Patologia mais frequente:</u> . Joelho-----4 .Anca-----3 .Outro-----3 2) <u>Satisfeito com as informações dadas sobre a sua a patologia</u> 3) <u>Informações fornecidas sobre a preparação para intervenção cirúrgica:</u> .Duração da hospitalização .Bens pessoais aconselhados a trazer para o internamento .Possível uso de auxiliares de marcha .Actividades diárias possivelmente alteradas após a alta hospitalar . Apoio de um cuidador após a alta hospitalar	7 3 0 2 1 1	3 7 10 8 9 9
1)As informações fornecidas aos clientes foram facultadas na sua maioria pelo médico assistente, apesar de haver referência de informações dadas pela assistente operacional (1) e pela Assistente Social (1). Não existe menção da		

participação ou intervenção do enfermeiro na assistência do cliente no período pré-operatório na consulta externa de Ortopedia;

2) O local de eleição para o fornecimento de informação é o gabinete médico e o momento é considerado oportuno;

3) A maioria dos inqueridos acha relevante a existência de um profissional de saúde com capacidade para elucidar questões relacionadas com o período pré-operatório (8) e outros acham muito relevante (2).

Conclusão:

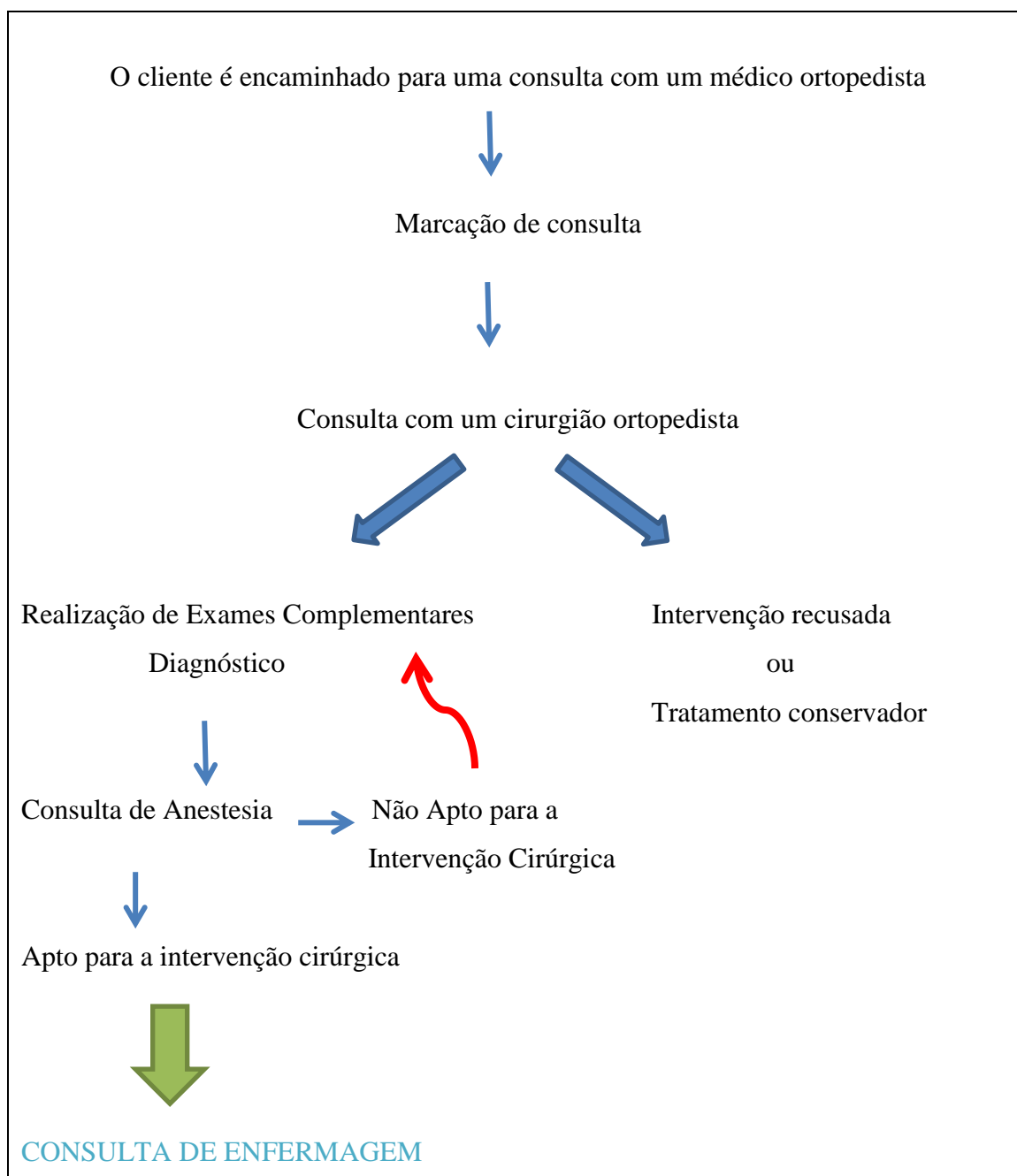
- Apesar de ser uma amostra reduzida, podendo assim, não reflectir na sua essência a realidade da população que frequenta a consulta externa de ortopedia, podemos referir que a população inquirida têm habilitações literárias reduzidas, sendo deste modo, necessário atender a este aspecto para corresponder com eficácia às limitações existente aquando a realização da consulta de Enfermagem de preparação e ensino na fase pré-operatória.

- Está patente uma lacuna existente no fornecimento de informação relativa à fase pré-operatória, sendo que a maioria dos inquiridos desconhece aspectos relevante para o sucesso da sua intervenção cirúrgica, podendo deste modo originar um aumento nos níveis de ansiedade e causar ideias preconcebidas erroneamente.

- No decurso da elaboração dos inquéritos era visível uma sensação de frustração e de insatisfação face à escassa informação relacionado com aspectos potenciadores de alterações da vida diária e pela falta de apoio ou de sensibilização pelos profissionais de saúde, apesar deste desconforto os utentes ainda tinham a expectativa de receber informações que respondessem às suas preocupações, antes do dia da admissão hospitalar.

Apêndice VII

FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DO CLIENTE NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA – CONSULTA EXTERNA



Apêndice VIII

CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Registo do número de consultas efectuadas

Dia da consulta: **Efectuado por:**
Numero de doentes marcados:
Aptos:
Não aptos: **Faltas:**
Motivo para a não realização da Consultas de Enfermagem:

Nome /Processo	Cirurgia	Médico Proponente	Data da cirurgia
VINHETA DO UTENTE			
VINHETA DO UTENTE			
VINHETA DO UTENTE			
VINHETA DO UTENTE			

Apêndice IX

GUIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Preparação pré-operatória e a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa



Elaborado por:

Enfª Sandrina Fernandes

(Aluna de 3º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa Idosa)

Janeiro de 2013



GUIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Preparação pré-operatória e a avaliação
multidimensional da Pessoa Idosa

Janeiro de 2013

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. ASPECTOS GERAIS.....	6
2.1. Cuidados de Enfermagem pré-operatório à Pessoa Idosa.....	6
3. TÓPICOS A ABORDAR PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	19
3.1. Avaliação Multidimensional – Instrumento de Avaliação Integral	19
3.2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)	20
3.3. Programa educativo	27
4. ESTRUTURA DA CONSULTA.....	29
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXO 1	Erro! Marcador não definido. 37
ANEXO 3	Erro! Marcador não definido. 42
APÊNDICE 1(Folha de Registos de Enfermagem)	Erro! Marcador não definido. 44
APÊNDICE 2 (Folheto informativo).....	Erro! Marcador não definido. 49
APÊNDICE 3 (Folheto: aspectos cirúrgicos)	Erro! Marcador não definido. 51
APÊNDICE 4 (Folheto PTA: cuidados após cirurgia)	Erro! Marcador não definido. 53
APÊNDICE 5 (Folheto PTJ: cuidados após cirurgia)	Erro! Marcador não definido. 55
APÊNDICE 6 (Fluxograma)	Erro! Marcador não definido. 57

1. INTRODUÇÃO

Este guia de consulta serve exclusivamente para auxiliar e guiar o enfermeiro em estabelecer intervenções de enfermagem adequadas a clientes numa fase pré-operatória.

O objectivo central da consulta de enfermagem de preparação cirúrgica em Ortopedia centra-se em proporcionar um acompanhamento à pessoa idosa e seu cuidador no seu processo cirúrgico no período pré-operatório, identificando e intervindo nas necessidades **biopsicossociais**, de forma a otimizar a sua recuperação no período pós-operatório. Neste sentido pretende-se fornecer informação que vão de encontro às necessidades de aprendizagem do cliente, de forma a promover a segurança e o conforto psicológico, envolvendo a família ou pessoas significativas nos cuidados de saúde.

As alterações que se têm vindo a verificar nos serviços de saúde, vêm potenciar readaptações nos cuidados de enfermagem a prestar a clientes numa fase pré-operatória, originando alterações significativas na prestação e prática dos cuidados. Estas alterações têm desafiado o enfermeiro a implementar programas de ensino ao doente, em períodos de tempo mais curtos e em locais alternativos (Brunner e Suddarth, 2002; Phipps et al,2003).

Estas alterações advindas com a evolução e exigência das sociedades vêm potenciar a complexidade da prática dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na assistência à pessoa idosa. Emerge assim, um novo paradigma do cuidar, contudo, a realidade mostra-nos que no que concerne aos cuidados, as práticas baseadas na melhor evidência ainda não se reflectem nas mudanças que se verificam na estrutura e no contexto das problemáticas associadas ao processo de saúde doença. Assim, esta consulta pretende uma prestação de cuidados de qualidade aos clientes, nomeadamente à pessoa idosa, de modo integral e numa perspectiva holística, baseada na melhor evidência científica. Os cuidados pretendidos no atendimento à pessoa idosa, devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias, dando visibilidade aos cuidados prestados em diferentes contextos.

O guia encontra-se dividido em quatro partes, sendo a primeira correspondente a aspectos gerais sobre as vantagens de uma consulta de preparação cirúrgica e a pertinência de uma avaliação multidimensional do indivíduo, incluindo assim, a necessidade de uma avaliação integral à pessoa idosa. A terceira parte descreve sumariamente os tópicos que o enfermeiro deverá abordar na consulta de enfermagem Na última parte, estará descrito a estrutura da consulta.

2. ASPECTOS GERAIS

A sociedade actual caracteriza-se por uma enorme velocidade de transformação, de tal forma prenunciada que as próprias organizações sociais e profissionais têm tido alguma dificuldade em acompanhá-las e mesmo prevêê-las. Na área da saúde, pese embora a evolução do saber científico, também se verifica uma dificuldade e lentidão nas respostas às crescentes mutações de desafios sociais (Abreu, 2011). A profissão de enfermagem e a cultura dos cuidados de saúde têm sofrido uma rápida transformação, alterando assim, os cuidados prestados aos clientes. Vivemos e caminhamos para uma sociedade em envelhecimento, sendo que Portugal não é excepção à realidade vivida mundialmente. Segundo os censos (INE, 2011), a população de idosos residentes em Portugal é cerca de 18%, e essa percentagem têm tendência a aumentar nos anos vindouros. O aumento da população idosa só se torna preocupante porque se desenvolve numa realidade desfavorável, estando associada à diminuição das taxas de natalidade, à crescente instabilidade dos laços familiares, à crescente despersonalização das relações sociais, entre outros (Moniz,2003). Segundo o autor supracitado, o século XXI é designado como o século das novas tecnologias, mas será, também, o século das pessoas idosas. Associando o aumento das doenças crónicas, em virtude do aumento do envelhecimento de uma população e a evolução tecnológica na área da medicina, faz com que a percentagem de população com mais de sessenta e cinco anos, que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica em pelo menos uma vez, ronde os 25%, pressionando deste modo, uma adaptação dos serviços de saúde a este fenómeno mundial (Phipps, Sands e Marek, 2003).

2.1. Cuidados de enfermagem pré-operatório à pessoa idosa

As alterações fisiológicas do envelhecimento variam entre os indivíduos idosos, como no mesmo indivíduo. O curso dessas alterações pode ser influenciado pela presença de outras patologias, agudas ou crónicas, provavelmente independentes da intervenção cirúrgica a que o idoso será submetido, mas que podem influenciar os resultados da cirurgia (Mandely e Bellman, 2003). Uma simples avaliação às condições essencialmente fisiológicas não é suficiente para responder às reais necessidades da pessoa idosa, sendo exigido uma avaliação exaustiva da complexidade das co-morbilidades existentes (Audisio et al, 2005). Isto implica avaliações pré-operatórias bem estruturadas e delineadas para atender as necessidades de uma população idosa, de forma a prevenir complicações no pós-operatório (Dhesi, 2010; Kim et al, 2013).

O propósito da avaliação do idoso é identificar os aspectos positivos e as limitações deste, de modo que possam ser realizadas intervenções efectivas e apropriadas, visando promover o funcionamento mais satisfatório e a prevenir a incapacidade e a dependência (Lueckenotte,2002). Uma cuidadosa avaliação centrada em diagnósticos de enfermagem e fundamentada em profundos conhecimentos gerontológicos é

essencial para a identificação das respostas dos clientes que reflectam necessidades não atendidas (Lueckenotte,2002). Muitos instrumentos e estruturas estão disponíveis para a orientação do profissional de enfermagem na avaliação da pessoa idosa mas, independentemente do instrumento ou da estrutura utilizada, o profissional de enfermagem deve respeitar os seguintes princípios: utilização de uma abordagem individual, considerar o cliente idoso como participante no controlo e no tratamento e, ênfase na capacidade funcional do cliente (Lueckenotte, 2002).

Cada pessoa idosa é um ser único e requer uma avaliação de enfermagem detalhada, englobando os domínios biopsicossociais (Mandely e Bellman, 2003).

A avaliação pré-operatória deverá estar focada não na doença mas sim, no reconhecimento das morbilidades, na identificação de questões relacionadas com a patologia e a avaliação da capacidade funcional. Contudo, deverá também ser encarada como uma oportunidade de optimização de questões médicas, funcionais e psicossociais (Dhesi, 2010; Kim et al, 2013).

- Avaliação funcional

A avaliação do estado funcional é uma medida da capacidade funcional do indivíduo em realizar as actividades de vida diárias independentemente (Lueckenotte, 2002). Segundo Botelho (2000) o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A aplicação deste conceito na prática clínica baseia-se na classificação internacional da OMS, em que são descritos e classificados três níveis de consequências das doenças – deficiência (perda de autonomia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica), actividade/restricção da actividade (restricção ou perda da capacidade de praticar actividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de uma deficiência) e participação/restricção da participação (desajustamento entre limitações sugeridas, em consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal) (Botelho, 2000).

O conceito de dependência funcional surge na sequência das noções anteriores, sendo consequência de uma deficiência e/ou incapacidade/restricção da actividade e constitui uma desvantagem social/restricção da participação, que leva à necessidade do auxílio de terceiros para a execução de determinadas actividades (Botelho, 2000).

Ao conjunto das actividades básicas diárias, como lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer, é dada a designação de Actividades de Vida Diária (AVD) e autonomia física (Botelho, 2000). A escala desenvolvida por Kartz é uma das mais antigas e mais utilizadas escalas de autonomia física e inclui as seis tarefas anteriormente mencionadas (Botelho, 2000). Como complemento da informação sobre as actividades diárias existem escalas de avaliação de autonomia instrumental (AIVD), que incluem tarefas relacionadas com a integração dos indivíduos no meio ambiente. A primeira destas escalas foi desenvolvida e validada por Lawton e Brody e continua a ser uma referência nos dias de hoje (Botelho, 2000).

O declínio funcional tem uma incidência entre 15% a 50% de ocorrência em idosos hospitalizados, sendo uma das principais complicações conhecidas e experienciadas pelos profissionais de saúde e, deste modo tem sido considerado um foco dos cuidados durante e após a admissão hospitalar (Buurnman et al, 2010; Suijker et al, 2012). No contexto cirúrgico é importante realizar uma avaliação da capacidade funcional do idoso proposto para cirurgia, de forma a estabelecer a “linha base” de cada cliente e determinar o equilíbrio entre as actividades que o cliente precisa de cumprir no seu dia-a-dia e os recursos existentes, de forma a auxiliá-lo nesse desafio (Manley e Bellman, 2003). Ter conhecimento da capacidade funcional do cliente antes da cirurgia facilita o planeamento das intervenções para manter as capacidades no período pré-operatório, e para recuperar o nível óptimo de independência no período pós-operatória (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação psicossocial

A relação entre o idoso e sua família desempenha um papel fundamental no nível de saúde e bem-estar vivenciado pelo indivíduo idoso (Lueckenotte, 2002).

Este domínio não é habitualmente avaliado de uma forma sistemática, sendo diversos os problemas relacionados com a sua avaliação, entre os quais a insuficiente definição de conceitos (Botelho, 2000).

A rede social é definido como um conjunto de pessoas com quem o indivíduo tem e mantém contactos, quer sejam familiares, amigos, vizinhos, entre outros (Botelho, 2000). A rede social pode ser classificada quanto à sua composição e extensão, ou intimidade e dispersão geográfica, mas segundo Murianski (1978) citado por Botelho (2000), os aspectos quantitativos são de pouco valor se as interacções forem negativas.

O apoio social é designado pela disponibilidade das pessoas com as quais um indivíduo pode contar para determinadas ajudas (Botelho, 2000). Constitui um elemento de informação útil a nível individual, mas de pequena fiabilidade em estudos populacionais, uma vez que engloba respostas de natureza hipotética (Botelho, 2000). Quando à solidão, que é definido segundo Botelho (2000), como um sentimento de perda ou

falta de acompanhamento, não existe evidência clara da sua relação com a extensão e a qualidade das redes sociais.

No contexto pré-operatório, o estudo da situação social do cliente é fundamental para determinar a disponibilidade e a capacidade dos familiares ou dos amigos que possam ser necessários para prestar cuidados competentes ao idoso após a alta, bem como questões relacionadas com o ambiente domiciliário (Manley e Bellman, 2003). Abordar estas questões é essencial, pois as preocupações relacionadas com a vida social e familiar podem ser mais sérias para o cliente que a necessidade de cirurgia, e representa um crésimo aos níveis de *stress* (Manley e Bellman, 2003). Através da colaboração do cliente idoso e seu cuidador, consegue-se antecipar os problemas e resolve-los, mesmo que as circunstâncias possam requerer encaminhamento para uma rede de prestação de cuidados sociais ou de saúde, após a alta hospitalar (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação das questões emocionais

A cirurgia, seja electiva ou de emergência, é um evento complexo e gerador de *stress*, sendo considerada uma experiência única para cada pessoa e depende de factores de ordem psicossocial e fisiológica, não existindo uma solução ou estratégia adequada para solucionar as emoções sentidas (Garretson, 2004 e Pritchard, 2011).

Qualquer procedimento cirúrgico é precedido pelo cliente por algum tipo de reacção emocional, seja ela óbvia ou oculta, normal ou anormal (Brunner e Suddarth, 2002). Exemplo de uma reacção mais comum e conhecida é a ansiedade – a ansiedade é uma reacção adaptativa normal ao *stress* da cirurgia. Segundo Pritchard (2011), existe uma relação entre a ansiedade, factores psicológicos e a cirurgia (muitos clientes expressam medo perante a perda de controlo e de independência mas, também apresentam preocupações relacionadas com o diagnóstico, a anestesia, a cirurgia, a dor e o facto de estar inconsciente). No período pré-operatório a ansiedade pode ser uma resposta antecipatória a uma experiência que o cliente percepção como ameaçadora para a sua vida, estando muitas vezes relacionada à experiência cirúrgica (anestesia e dor) e ao resultado da própria intervenção. A ansiedade pode ser reduzida, se o cliente percepção a cirurgia como um evento positivo (cirurgias curativas), proporcionar alívio ao desconforto ou criar um aspecto físico mais agradável. Por outro lado, a ansiedade é aumentada, quando a situação patológica subjacente representa uma ameaça à vida (Phipps et al, 2003).

Experiências cirúrgicas anteriores podem afectar, positivamente ou negativamente, o nível de ansiedade do cliente (Garretson, 2004). A ansiedade é uma força motivadora de muitos tipos de comportamentos e, tradicionalmente a sua gestão tem sido contornada ou minimizada através do fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas ou de medos pré-concebidos (Garretson, 2004).

O medo é outra reacção emocional vivenciada pelo cliente e é expresso de diferentes formas e por diferentes pessoas. O medo pode ser expresso indirectamente pelo cliente que, repetidamente faz uma série de perguntas, mesmo quando as respostas já tenham sido dadas e, para outros clientes a reacção pode ser o isolamento. O medo do desconhecido e a perda do controlo são as reacções mais comuns. Medos mais específicos estão relacionados com o tipo de cirurgia, a extensão ou incapacidade que poderá proporcionar, e podem ser influenciadas pela falta de informação ou por experiências pessoais de outrem (Brunner e Suddarth, 2002; Phipps et al, 2003). Quando um cliente expressa preocupações ou medo quanto confrontado com a iminência de uma cirurgia, é importante reconhecer essas preocupações, ouvindo e comunicando terapêuticamente. Perante esta situação a enfermeira deverá desmitificar falsas concepções e informações erróneas e, proporcionar o quanto possível uma sensação de tranquilidade. Além dos medos relacionados com a cirurgia, o cliente geralmente tem presente outras preocupações, tais como, problemas financeiros, espirituais e ou sociais (Brunner e Suddarth, 2002; Phipps et al, 2003).

Podemos assim, compreender a importância do apoio e da atenção proporcionado pelo enfermeiro nestas circunstâncias, em que habitualmente o cliente vivencia uma situação de tensão extrema, sendo necessário o profissionalismo do enfermeiro em identificar o que poderá intervir negativamente em todo o processo cirúrgico (Gomes, 2009). Neste sentido, no período pré-operatório é indispensável informar o cliente sobre os acontecimentos do perioperatório de forma a serenar os seus medos, receios, angústias, atendendo às suas necessidades naquele preciso momento (Gomes, 2009), potenciando assim, uma relação de ajuda com o cliente idoso e seu cuidador familiar. As intervenções de enfermagem no período pré-operatória tem como objectivo responderem às necessidades dos clientes que irão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, aumentando assim, o sucesso pretendido para a sua recuperação (Beck, 2007). Avaliar o estado emocional e o grau de preparação para a cirurgia é essencial, pois muitas pessoas idosas receiam os internamentos e as intervenções cirúrgicas pelo seu potencial de criar dependências forçadas de terceiros, o medo do desconhecido, a dor, a mutilação, a destruição de uma imagem corporal (Manley e Bellman, 2003). Esta experiência poderá ser vivida em diferentes graus e podem contribuir para um estado confusional no período pré- e pós-operatório (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação do estado mental e cognitivo

Segundo Chow et al (2012), estimam que na população americana a prevalência de demência em indivíduos com 71 anos seja de 22,2%. A prevalência de situações/ patologias cognitivas aumenta exponencialmente com o avançar da idade (Chow et al, 2012). Com o aumento crescente da proporção de indivíduos com mais de 85 anos, estima-se que este aumento ocorra de forma drástica neste grupo etário (Chow et al, 2012).

A existência de alterações cognitivas numa fase pré-operatória é um forte preditor de ocorrência de delirium pós-operatório, estando associado a um aumento de tempo de hospitalização, aumento do risco de mortalidade perioperatória e declínio funcional pós-operatório (Chow et al, 2012; Meletti et al, 2007; Ruiz-Neto et al, 2002). Segundo Meletti et al (2007), a ocorrência de delirium pós-operatório acomete entre 25% a 65% dos clientes idosos e manifesta-se por alterações que variam desde desorientação subtil até um estado demencial.

O delirium pós-anestésico (DPA) é uma complicação comum na faixa etária acima de 75 anos, ocorrendo em 9 % dos indivíduos idosos. Em cirurgias cardíacas e de redução e osteossíntese de fracturas do colo do fémur, essa incidência ocorre entre 5,1% a 52.2% (Chow et al, 2012). Nas cirurgias ortopédicas, especialmente em cirurgias da anca, este evento têm uma incidência que varia de 17% em cirurgia electiva até 40% a 50% para cirurgia de urgência (Meletti et al, 2007).

O delirium pós-operatório é classificado como uma Síndrome Mental Aguda, e tem como causa uma disfunção cerebral difusa resultante da acção de factores predisponentes e precipitantes que agem sinergicamente (Ruiz-Neto et al, 2002). Tem um aparecimento agudo, com duração de dias a semanas, tendo uma variação no estado de orientação ao longo do dia (Ruiz-Neto et al, 2002). Existem inúmeras condições para a sua ocorrência no pós-operatório, nomeadamente a idade avançada, interacção de fármacos, lesão cerebral, cirurgia e anestesia (tempo prolongado e complexidade), hipoxemia cerebral (devido a hipotensão, hipocapnia ou hipovolemia), sepsies, distúrbio electrolítico, alteração no padrão do sono, alterações endócrinas e metabólicas, e outras causas menos aparentes como depressão, abstinência alcoólica e uso de substâncias (Ruiz-Neto et al, 2002; Meletti et al, 2007 Vendites et al, 2010; Chow et al, 2012).

A idade como factor de risco para a ocorrência de delirium, deve-se a uma maior susceptibilidade da pessoa idosa a doenças sistémicas, ao uso de medicação, à diminuição da reserva funcional dos órgãos e sistemas, e uma menor capacidade de reacção ao *stress* (Meletti et al, 2007; Ruiz-Neto et al, 2002). Alterações na acuidade visual e auditiva têm também sido apontadas como factores de ocorrência de situações de delirium. As alterações renais e hepáticas, assim como, disfunções nos receptores, levam a alterações na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, tornando o idoso mais susceptível às intoxicações medicamentosas (Ruiz-Neto et al, 2002). Segundo Ruiz-Neto et al (2002) e Vendites et al (2010) as classes de fármacos que precipitam a ocorrência de delirium pós-operatório em indivíduos idosos são os narcóticos, hipnóticos, anticolinérgicos, benzodiazepinas, antidepressivos e antiparkinsonianos.

A avaliação do estado mental e cognitivo do cliente idoso, incluindo testes, é de uma importância vital, mesmo naqueles que não apresentam historial de disfunção cognitiva (Chow et al, 2012) e pode ocorrer facilmente no contexto da avaliação pré-operatória (Manley e Bellman, 2003). Pedir ao cliente que descreva os eventos que conduziram à cirurgia, a forma como responde à avaliação funcional (AVD) e os planos que

terão sido realizados para a prestação de cuidados após a alta, dará uma boa indicação do estado cognitivo do cliente (Manley e Bellman, 2003).

Chow et al (2012) referem que a ocorrência de alterações cognitivas no pós-operatório são situações frequentes mas difíceis de quantificar sem a existência de uma avaliação inicial do estado cognitivo numa fase pré-operatória.

Ruiz-Neto et al (2002) e Vendites et al (2010) corroboram com que foi anteriormente descrito e ainda salientam que uma avaliação completa do estado mental e cognitivo deverá também incluir a recolha de informações sobre a terapêutica utilizada no domicílio.

Da revisão sistemática da literatura, realizada por Aguiar (2009) sobre o delirium pós-operatório, concluiu que o passo limitante para a resolução deste problema é a falta de sensibilização dos profissionais de saúde para a potencial gravidade desta síndrome e ainda refere que os clientes com um risco elevado de ocorrência devem ser submetidos a protocolos metodológicos que visem a prevenção do desenvolvimento de delirium pós-operatório e a minimização das suas consequências. Melleti et al (2007) realçam a importância de uma avaliação pré-operatória cuidadosa para identificar quais os clientes idosos são mais susceptíveis ao delirium pós-operatório, bem como a necessidade de intensificar a monitorização e os esforços na prevenção deste evento no pré-operatório e pós-operatório.

- Avaliação do estado da pele

A avaliação do estado da pele integra-se habitualmente ao longo de todo o exame físico, sendo empregadas as habilidades de inspecção, palpação e mensuração (Lueckenotte, 2002). Este aspecto assume importância no período pré-operatório, pois proporciona uma referência de base para a cor e para a presença de lesões (Manley e Bellman, 2003).

- Avaliação do estado nutricional

A nutrição desempenha um papel fundamental na prevenção das doenças, promoção da saúde, tratamento de doenças crónicas e de lesões agudas (Manley e Bellman, 2002).

Com o envelhecimento ocorrem alterações da composição corporal do organismo, com aumento da massa gorda e alterações da sua distribuição, havendo diminuição à periferia e aumento nas regiões troncular e

abdominal. Surge também uma redução da massa magra, devido a uma diminuição da água total, com grande variabilidade na proporção relativa dos componentes intra e extracelular (Botelho, 2000).

Os idosos passam por uma série de problemas e necessidades nutricionais relacionadas com as alterações físicas, socioeconómicas e ambientais associadas ao processo de envelhecimento (Lueckenotte, 2002). Os idosos apresentam um elevado risco de atingir um estado nutricional insatisfatório, inclusive deficiência, desidratação, subnutrição e obesidade (Lueckenotte, 2002; Manley e Bellman, 2003). O estado nutricional insatisfatório, comum nesta faixa etária, está associado a presença de doenças e distúrbios agudos ou crónicos, ingestão inadequada ou inapropriada de alimentos, recursos financeiros deficientes, dependência ou incapacidade funcional e medicação (Lueckenotte, 2002; Manley e Bellman, 2003). Segundo Chow et al (2012) o rácio de idosos desnutridos na comunidade atinge 5,8%, em lares cerca de 13,8%, hospitalizados chega a atingir 38,7% e em unidades de reabilitação cerca de 50,5%.

Um estado nutricional insatisfatório está associado a situações adversas que comprometem a recuperação pós-operatória, aumentando exponencialmente o risco de infecção (Chow et al, 2012).

A detecção precoce de factores de risco associados a problemas relacionados com a nutrição pode retardar ou impedir o aparecimento de doenças e suas complicações (Lueckenotte, 2002). Em decorrência do que foi anteriormente descrito, podem ser estabelecidas intervenções que reduzam o grau de comprometimento e incapacidades funcionais, melhorem a qualidade de vida e reduzam a morbilidade e mortalidade associada à doença (Lueckenotte, 2002).

Os enfermeiros devem estruturar a sua avaliação do estado nutricional de uma pessoa idosa em redor da determinação de factores de risco e indicadores de desnutrição, como ilustrado no quadro 2, e conferir com a dietista/nutricionista, de forma a assegurar uma nutrição adequada, tanto no período pré como no período pós-operatório (Manley e Bellman, 2003). Os clientes cirúrgicos têm necessidades nutricionais variadas, dependendo da sua idade, do tipo de intervenção, do estado nutricional pré-operatório e da amplitude das perdas estimadas no pós-operatório (Manley e Bellman, 2003).

Quadro 2 – Factores de risco e indicadores de desnutrição

FACTORES DE RISCO
<ul style="list-style-type: none">- Desconhecimento de aspectos básicos da nutrição- Más condições domiciliárias;- Isolamento social: viver ou comer sozinho;- Baixa condição social;- Baixo rendimentos económicos;- Hábitos alimentares desadequados;

- Adesão prolongada a dietas terapêuticas mal concebidas;
- Má dentição, próteses dentárias, doenças periodontica, cáries dentárias;
- Má absorção;
- Dependência nas actividades de vida diária;
- Alterações do estado mental e cognitivo;
- Polimedicação;
- Factores religiosos e culturais;
- Abuso de álcool;
- Aumento das necessidades nutricionais: úlcera crónica e de pressão, síndrome de imobilidade;

INDICADORES DE DESNUTRIÇÃO

- Perda de peso superior a 5% nos últimos três meses, de carácter involuntário;
- Défice/excesso de peso: índice de massa corporal inferior a 20 ou superior a 25%;
- Desidratação;
- Edema;
- Ausência de gordura subcutânea;
- Medidas antropométricas: prega cutânea tricipital com 80-85% dos valores de referência;
- Avaliação bioquímica: albumina sérica inferior a 3g/dL, Hg <10g/dL;
- Deficiência de vitamina B12;
- Apatia e resultados comprometedores no exame mental;
- Anorexia, náuseas e disfagia;
- Alterações dos hábitos intestinais;
- Atraso na cicatrização de feridas;
- Osteoporose, osteomalacia e anemia;
- Estomatite angular, glossite e gengivorragias.

(Adaptado de Manley e Bellman, 2003;)

- Ensino Pré-operatório

A educação tem sido considerada uma tradição da prática de enfermagem, sendo usada como um instrumento que proporciona cuidados de saúde seguros e de qualidade, otimizando assim, a relação custo/benefício (Rothrock, 2008). A educação do cliente é definida com uma actividade planeada, com suporte na prática baseada na evidência que permite assim, modificar ou melhorar comportamentos relacionados com a saúde e, pode ser efectuada pela associação de métodos para o alcance de objectivos, incluindo modificação do comportamento, aconselhamento e ensino (Johansson et al,2005; Rothrock, 2008).

O objectivo do ensino é fornecer informações que vão de encontro às necessidades expressas pelo indivíduo, promovam a segurança e o conforto psicológico e, o envolvimento do cliente e sua família no cuidados (Rothrock, 2008). Na perspectiva da enfermagem, o ensino é uma forma de comunicação distinta, estruturada e sequenciada de promover aprendizagens, de forma a atender às necessidades do cliente para novas informações ou capacitações (Rothrock, 2008).

O ensino pré-operatório centra-se em informações que melhorem a familiaridade do cliente com a intervenção cirúrgica, informações sobre actividades que melhorem a recuperações fisiopatológico e informações com vista à prevenção de complicações no pós-operatório (Phipps et al, 2003). Assim, o ensino compreenderá informações sobre situações que podem ocorrer durante a experiência cirúrgica (relativas ao procedimento), o que o cliente experienciará durante o período perioperatório (sensorial) e que acções poderão ajudar a reduzir a ansiedade (comportamental) (Rothrock, 2008; Gomes, 2009).

O programa de ensino pré-operatório eficaz tem sido associado à redução dos níveis de ansiedade, deambulação precoce, um maior envolvimento do cliente em actividades de autocuidado na fase pós-operatória, um aumento nos níveis de satisfação dos clientes e seus familiares nos cuidados prestados, uma redução dos tempos de internamento e de complicações pós-operatórias (Garretson, 2004; Fitzpatrick e Hyde, 2005; Pearce, 2006; Walker, 2007; Pritchard, 2012).

Pesquisas de enfermagem têm confirmado o valor do ensino pré-operatório, quando embebido em conteúdo científico e estruturado, independentemente da forma em que é ministrado (grupo ou individual). Da investigação realizada por Mendes et al (2005) sobre a influência da aplicação de um programa psico-educativo no período pré-operatório sobre os níveis de ansiedade do cliente no pós-operatório, constataram que, apesar do número reduzido da amostra, a preparação pré-operatória quando é realizada por enfermeiras numa abordagem individual, em que estas assumem um papel facilitador da informação, criando assim um momento de oportunidade para perguntar, compreender dúvidas e sentimentos e procurar as melhores alternativas para lidar de forma satisfatória com a situação, a eficácia das suas intervenções na redução da ansiedade nos clientes é maior. Segundo Phipps et al (2003) e Rothrock (2008) referem que, os clientes ficam menos ansiosos e participam mais eficazmente nos cuidados de saúde, se souberem as razões dos exames e das actividades pré-operatórias.

Não existe, no entanto, uma evidência forte sobre qual o modelo temporal mais eficaz para a implementação do ensino pré-operatório, sendo que os últimos estudos, nomeadamente realizados em Portugal, tem evidenciado a importância da existência de uma consulta de enfermagem de preparação cirúrgica na fase de pré-admissão hospitalar (Mendes et al, 2005; Gomes, 2009). A fase de pré-admissão hospitalar é considerada uma alternativa face às mudanças existentes nos contextos cirúrgicos que comprometem as preparações pré-

operatórias (Gomes, 2009) e é também considerado, segundo Stern e Lockwood (2005), um momento ideal para realizar o ensino.

Com o objectivo de apresentar a melhor evidência relacionada com a retenção de informação e/ou o desempenho da performance no pós-operatório após uma educação pré-operatória, Stern e Lockwood (2005) efectuaram uma revisão sistemática da literatura e os achados desta revisão suportam que um programa de ensino estruturado antes da admissão hospitalar é igualmente eficaz ou mais eficaz aquando fornecido após a admissão na instituição de saúde.

Stern e Lockwood (2005) recomendam a utilização de instrumentos de informação face às áreas que influenciam a aprendizagem: o conhecimento, a performance das capacidades e o tempo de aprendizagem para assimilar o ensino ministrado. Na área do saber, Stern e Lockwood (2005) sugerem que a entrega de um panfleto no período pré-operatório é mais eficaz comparado a nenhuma informação fornecida, bem como, providenciar o panfleto no período pós-admissão associado a um conjunto de instruções é menos eficaz; a visualização ou entrega de vídeos é mais eficaz aquando o não fornecimento de informação; a combinação de vídeo e panfleto no período de pré-admissão é mais eficaz do que fornecer isoladamente o panfleto e, os métodos de instrução são mais eficazes quando providenciados no período pré-admissão. A avaliação das habilidades no desempenho de determinadas tarefas também foi medida: o fornecimento de panfletos no período pré-admissão é mais eficaz comparado com a entrega no período de admissão; quando existe uma combinação de instrumentos de informação, nomeadamente de panfletos fornecidos no período pré-operatório e as instruções dadas no período de admissão, demonstraram ser mais eficazes comparando com situações em que a entrega de panfletos no período pré-admissão é realizada isoladamente ou quando a entrega de panfletos e o ensino ministrado são realizados no dia da admissão. Para finalizar, os clientes a que foram fornecidos panfletos no período de pré-admissão, assimilaram apropriadamente os exercícios ou habilidades requeridas, comparado com aqueles que só obtiveram os mesmos panfletos após a admissão; a aquisição de panfletos no período de pré-admissão associado a instruções dadas no internamento, revelaram que as aprendizagens foram realizadas mais rapidamente, equiparando com resultados em que a entrega de panfletos e instruções eram fornecidas no período de admissão hospitalar

- Programa de Ensino Estruturado direccionado à pessoa idosa

Quando o ensino é direccionado maioritariamente para uma população idosa, a enfermeira terá que considerar que as mudanças normais que ocorrem com a idade poderão afectar o idoso, bem como a sua capacidade para a aprendizagem (Brunner & Suddarth, 2002).

Engelke (2012) define a educação para um idoso como um processo de fornecimento de informação a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade e seus familiares, de forma a promover conhecimentos e habilidades para lidar com uma doença crónica, esquema de tratamento, qualidade de vida e bem-estar psicossocial. Segundo Engelke (2012), os idosos são considerados um grupo vulnerável e com complexas necessidades de aprendizagem, devido a alterações advindas com o processo de envelhecimento (alterações cognitivas e sensoriais) que resultam numa significativa barreira para a aprendizagem. A disponibilidade e a capacidade de aprendizagem deverão ser bem manuseadas e baseadas nas necessidades individuais do idoso, devendo o enfermeiro avaliar as prioridades e identificar as barreiras que comprometem a aprendizagem (Engelke, 2012).

As mudanças cognitivas advindas com a idade incluem: diminuição da rapidez de raciocínio, diminuição da memória recente, do pensamento abstracto, da concentração e tempo de reacção diminuído (Brunner&Suddarth, 2002; Engelke, 2012). Para clientes idosos com alterações cognitivas, a enfermeira deverá focar o ensino e a informação fornecida por fases, usando como estratégia o uso de palavras-chave, a minimização de distrações e envolver sempre que possível a família (Engelke, 2012). As mudanças sensoriais, associadas à idade, também afectam o ensino e a aprendizagem, sendo necessário que os profissionais de saúde quando elaboram instrumentos de apoio deverão atender a determinados aspectos, como materiais de fácil leitura e com letras grandes, impressas em papéis sem brilho. Outro aspecto a considerar, é o facto do discernimento das cores estar também afectado, sendo que, o uso de materiais coloridos e realçados podem não ser eficazes. Para maximizar a audição, a enfermeira deverá falar claramente, com voz normal ou tonalidade baixa, posicionando-se de frente para o cliente idoso de forma a este poder ler os movimentos dos lábios (Enelow et al, 1996; Brunner e Suddarth, 2002; Engelke, 2012). Em algumas circunstâncias, a enfermeira deverá perceber que muita informação poderá aumentar o nível de ansiedade do cliente (Engelke, 2012). As estratégias para um ensino eficaz incluem uma apresentação lenta e progressiva do material, repetição frequente da informação e uso de técnicas de reforço (audiovisual, material escrito e repetição das sessões) (Engelke, 2012).

A avaliação do ensino ministrado ao idoso e seu familiar deverá ser realizada sempre que possível, de forma a assegurar a retenção da informação fornecida. As estratégias utilizadas passam em pedir ao idoso e seu familiar que repitam as informações fornecidas ou demonstrem as habilidades apreendidas, enquanto a enfermeira observa e clarifica o que for necessário. Relembrar informações específicas é mais facilmente apreendido do que informações gerais (Engelke, 2012).

Inserido numa perspectiva holística de família, Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) realçam a importância da participação da família no período pré-operatório, como receptor de cuidados e parceiro no cuidar do seu ente querido. Os membros da família ou o cuidador informal devem, sempre que possível, estar envolvidos nas sessões de ensino. Eles constituem uma fonte de reforço do material provido e podem ajudar o cliente

idoso a relembrar as instruções fornecidas. A sua participação e contribuição neste processo são valiosas e são também, uma fonte de informação sobre a situação de vida da pessoa idosa (Brunner e Suddarth, 2002; Engelke, 2012). Phipps et al (2003) mencionam ainda que, o envolvimento da família no ensino pré-operatório proporciona uma redução de ansiedade no cliente e nos próprios elementos da família, com o consequente aumento na satisfação com os cuidados e uma maior colaboração do cliente e família nos cuidados de saúde.

3. TÓPICOS A ABORDAR PELO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro deverá apresentar-se ao cliente e seu acompanhante de forma carinhosa, chamando-o pelo seu nome e orientando-o a respeito do motivo da sua intervenção e dos procedimentos aos quais será submetido. De seguida, o enfermeiro deve cumprimentar o acompanhante, solicitar o seu nome e grau de parentesco com o cliente. Dado o início da consulta, o enfermeiro deverá prosseguir com o preenchimento de dados inerentes à identificação do cliente e posteriormente iniciar uma avaliação integral da pessoa (Anexo 1), através do preenchimento do inquérito referente para o efeito.

3.1. Avaliação Multidimensional – Instrumento de Avaliação Integral

Os enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Consulta Externa são os profissionais que tem o privilégio em poder avaliar o cliente e seu cuidador, pois possuem um contacto favorecido com estes, nomeadamente na recolha de informações. A sua avaliação é primordial e deverá ser o mais completa possível, de modo a identificar de forma sistematizada as necessidades básicas afectadas, sob forma de problemas de enfermagem, de modo individualizado, sendo assim possível planear, executar e avaliar a assistência prestada a cada indivíduo (Tavares e Santoro, 1999). Assim sendo, o enfermeiro deverá preencher o **IAI** (Anexo 1) – instrumento esse, que abrange um conjunto de informação de natureza bio, psico e social delineado com base em ferramentas internacionais validadas, sendo já utilizado em todos os níveis do aplicativo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e, compila deste modo um conjunto de informações que deverão providenciar os cuidados necessários a prestar ao indivíduo. O resultado IAI traça um perfil biopsicossocial, com uma sequência: género, idade, queixas de saúde, estado de nutrição, queda, locomoção, autonomia física, autonomia instrumental, queixas emocionais, estado cognitivo, estado social e hábitos e é apresentado numa sequência de 12 dígitos, entre 0 a 3 (exemplo: 01 013 323 23 23). Existe assim, um predomínio de quatro níveis: 0/1/2/3, sendo 0 e 1 **desfavoráveis /indesejáveis** e, 2 e 3 **favoráveis /desejáveis**. Para traçar o perfil todos os itens deverão ser correctamente preenchidos, sendo excepção os itens de queixas e avaliação do peso, considerando o dígito 9. A quando a identificação de um problema o enfermeiro deverá realizar uma avaliação mais detalhada, utilizando escalas apropriadas e validadas, nomeadamente na avaliação da cognição (MEEM e o teste do relógio – **Anexo 2**) e na avaliação nutricional (MAN – **Anexo 3**).

Deve-se então:

- Identificar as necessidades do cliente e as suas limitações;

- Ter uma atenção particular na planificação do plano de cuidados, com clientes portadores de limitações, nomeadamente: visão, audição, orientação auto e alo-psíquica e coordenação de movimentos;
- Integrar, sempre que possível, os cuidadores informais na elaboração, execução e avaliação do plano de cuidados;
- Promover a independência funcional;
- Estabelecer ou restaurar perícias ou capacidades, ainda não desenvolvidas ou limitadas;
- Promover estratégias de vida activa, na vertente física, cognitiva, psicossocial e sensorial;
- Avaliar o estado nutricional, a integridade cutânea, a cognição e o humor;
- Avaliar factores que afectam actividades de vida diária (AVD), actividades instrumentais de vida diária (AIVD), como: factores individuais, hábitos, rotinas, papel, padrões comportamentais; contextos culturais, físicos, ambientais, sociais e espirituais; capacidades motoras, comunicação/interacção.

3.2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

Perante o aumento da população de idosos na sociedade mundial, emerge a necessidade de novas abordagens na prestação dos cuidados de saúde e assim, as instituições são desafiadas a responder adequadamente a esse desafio, baseando as suas intervenções na melhor evidência. Segundo Fulmer (2007) a hospitalização potencia na pessoa idosa o declínio funcional, sendo deste modo primordial realizar uma avaliação eficaz e eficiente pela equipa prestadora de cuidados. Na sequência desta necessidade, Fulmer construiu um modelo que tenta responder às necessidades deste grupo etário, surgindo assim o modelo SPICES (item **B** – folha de registos, **Apêndice 1**), que é um quadro de referência/orientação para o enfermeiro planear as suas intervenções, indo deste modo ao encontro das necessidades da pessoa idosa.

O modelo SPICE não compreende todos os aspectos negativos que poderão ocorrer no decurso de uma hospitalização de uma pessoa idosa e, neste sentido, este modelo poderá ser completado consoante a avaliação efectuada. O modelo funciona como uma mnemónica que vai auxiliar o profissional na planificação dos cuidados. Esta mnemónica vai em simultâneo abordar outros aspectos que estão directamente ou indirectamente relacionados com outros itens que afectam a população de idosos (Fulmer, 2007). Assim a complexidade dos problemas geriátricos ficam mais expostos, de forma a facilitar a abordagem do enfermeiro na planificação das estratégias mais adequadas para a sua resolução ou minimização.

O modelo SPICES foca primordialmente seis aspectos/condições que são problemas que poderão influenciar drasticamente na recuperação do cliente idoso e no tempo de internamento: distúrbios no sono (**S**leep disorder), problemas com a alimentação (**P**roblems with eating and feeding), incontinência (**I**ncontinence), confusão (**C**onfusion), evidência de quedas (**E**vidence of falls) e risco de úlceras (**S**kin breakdown). Segundo Terry Fulmer (2007) estas condições vão em certa medida promover uma visualização da condição de saúde e da qualidade de vida do indivíduo idoso. A sua avaliação periódica pode ser catalisadora para a utilização de outros instrumentos de avaliação mais específicos e mais fidedignos, pois este modelo não foi sujeito a testes psicométricos, sendo neste sentido considerado uma mnemónica e não uma escala de avaliação. Assim, o modelo SPICES promove a prevenção e identificação de problemas que deverão ser escrutinados mais detalhadamente com escalas/instrumentos específicas para o efeito.

Os idosos têm uma maior probabilidade de desenvolver determinados problemas, onde a intervenção do enfermeiro tem um carácter primordial e essencial na qualidade dos cuidados. A desvalorização pela equipa de saúde face à presença de uma destas condições (isolada ou combinada) conduz para o aumento da taxa de mortalidade, aumento nos custos inerentes às consequências advindas com o não tratamento ou tratamento inadequado e, potencia o aumento dos dias de internamento (Fulmer, 2007; Hall e Mather, 2010). O modelo SPICES baseado na melhor evidência providencia um referencial na identificação de síndromes geriátricas mais comuns. Quando o idoso e seu familiar são inquiridos sobre estes seis aspectos, estamos a identificar problemas que não são visualizados no primeiro contacto e quando são identificados é delineado um plano de cuidados individualizado que vai de encontro às reais necessidades do indivíduo. Esta identificação e avaliação periódica vão sendo monitorizadas e registadas, de forma a documentar a evolução e as estratégias aplicadas no decurso do internamento. Deste modo, a pertinência deste modelo assume uma importância na medida que, aborda questões que influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa e, assim deverá ser uma prática a implementar nos cuidados de enfermagem.

a) Distúrbios no sono - Sleep disorders

O sono é um componente distinto e essencial do comportamento humano. Praticamente um terço de nossa vida é gasto a dormir. Segundo Moraes (2012) o sono é um estado reversível de desligamento da percepção do ambiente, com modificação do nível de consciência e de resposta aos estímulos internos e externos. É um processo activo que envolve múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central. Durante o processo de envelhecimento, ocorrem alterações típicas no padrão de sono. A quantidade de tempo gasto nos estágios mais profundos do sono diminui. Há um aumento associado de acordares durante o sono e na quantidade de tempo total acordado durante a noite.

Em parte, essas mudanças parecem representar uma perda da efectividade da regulação circadiana, por diminuição da quantidade neuronal. Os três principais tipos de queixas de sono são sonolência excessiva (hipersónia), dificuldade em iniciar ou manter o sono (insónia) e comportamentos estranhos ou não usuais durante o sono (parassonias).

As alterações no padrão do sono são comuns aquando uma hospitalização (Fumer, 2007). O stress da hospitalização, a implementação de rotinas não habituais, presença de dor, o ruído, efeito adverso de determinadas terapêuticas e a mudança de ambiente, são factores que contribuem para as alterações no padrão do sono. Assim, o cliente idoso deverá ser questionado sobre o seu padrão habitual de sono e que factores influenciam o distúrbio do mesmo (Fulmer, 2007). Uma avaliação cuidadosa é necessária para determinar a presença e a severidade de uma doença concomitante (Moraes, 2012). A história de roncos, pausas ou esforços respiratórios, movimentos periódicos durante o sono e comportamentos automáticos são melhor descritos pelo parceiro ou outros observadores. Medicamentos prescritos como as drogas sedativas, uso de álcool e automedicação podem ter um efeito importante na arquitectura do sono e podem incapacitar os mecanismos cardiopulmonares durante o sono. A história e avaliação psiquiátrica identificam ansiedade, depressão e acontecimentos importantes da vida que, comumente afectam os hábitos ou a higiene do sono (Moraes, 2012).

b) Problemas com a alimentação - Problems with eating and feeding

A nutrição é a capacidade de transformação, utilização e assimilação de nutrientes para a realização das funções celulares vitais. O estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre a oferta e a procura de nutrientes (Moraes, 2012). A desnutrição em idosos é comum e é o distúrbio nutricional mais comum, estando associado ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e à redução na qualidade de vida (Fulmer, 2007; Sousa e Guariento, 2009). Os idosos constituem um grupo de risco de desnutrição devido a uma série de mudanças fisiológicas, sociais, económicas e psicológicas relacionadas com o processo de envelhecimento (UMCCI, 2011). Uma nutrição deficiente favorece o aparecimento de doenças que, por sua vez, repercutem negativamente no seu estado nutricional, instaurando-se um ciclo vicioso má nutrição – doença.

O objectivo da intervenção nutricional é proporcionar nutrientes necessários e nas quantidades adequadas de forma a manter um correcto estado nutricional e são dirigidos a: manter o suporte adequado às necessidades energéticas e de nutrientes; modificar a consistência dos líquidos segundo a tolerância do cliente; prevenir a desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonias e, evitar e prevenir sequelas tais como imunodeficiência e úlceras de pressão (UMCCI, 2011)

O IAI já realiza um despiste sobre o estado nutricional da pessoa idosa e deverá ser completado (caso exista um problema) com uma avaliação mais detalhada, aplicando a MAN –Mini Avaliação Nutricional (**Apêndice 2**). Consoante o estado global da pessoa idosa, o enfermeiro traçará as orientações para o internamento (utensílios adequados, preferências alimentares, possíveis dificuldades na mobilização das mesas de cabeceira, etc.), de forma a garantir o fornecimento adequado de nutrientes (Fulmer, 2007).

Assim sendo, na área da nutrição o enfermeiro deve:

- Avaliar o estado nutricional da pessoa idosa;
- Identificar e avaliar comorbilidades que contribuem para o risco de malnutrição, como a depressão, náuseas e vômitos, dentição e problemas de higiene oral;
- Adequar a alimentação às necessidades nutricionais tendo em conta a idade, sexo, patologias, condição funcional e nível de actividade física;
- Ir de encontro das preferências e desejos individuais, salvaguardando as restrições alimentares impostas por patologias ou disfunções orgânicas;
- Registar na folha de registo a necessidade de instrumentos necessários como copos ou talheres adaptados e sugerir uma dieta adequada;
- Melhorar os conhecimentos alimentares para evitar restrições, autoinduzindo e estimulando a variedade na ingestão.

É evidente que a desnutrição dos idosos, para além de constituir em si mesma uma patologia, torna-se mais vulnerável ao desenvolvimento de outras patologias e de complicações associadas a outras doenças, aumenta a frequência de internamentos hospitalares e agrava o índice de dependência. Desta forma, todos os esforços deverão ser dirigidos à sua prevenção e detecção precoce (UMCCI, 2011).

c) Incontinência – Incontinence

Os estados de incontinência, retenção urinária ou mesmo obstipação, podem resultar inevitavelmente em situações graves, nomeadamente, situações desde episódios de delirium ou estados confusionais até à redução da capacidade funcional. A terapêutica que compromete a continência, a diminuição da habilidade que impossibilita o uso da casa de banho, o uso de imobilizadores e a presença de sistemas de soros, são alguns factores que influenciam negativamente para a independência esfinteriana. Assim sendo, Fulmer (2007) menciona que os problemas de incontinência estão associados a tempos de internamento mais prolongados, a fracos resultados e ao comprometimento no bem-estar físico. Segundo a mesma autora, as intervenções de enfermagem tendem a promover estratégias de contenção, nomeadamente o uso de fraldas ou de dispositivos invasivos (algáliação) do que a promover a manutenção ou o restauro da continência vesical e/ou intestinal.

Na consulta o enfermeiro deve:

- Identificar a existência de incontinência;
- Avaliar o risco desta alteração identificada;
- Modificar factores ambientais que poderão ser constrangedores;
- Promover o treino vesical e dos músculos pélvicos;
- Sugerir em caso de obstipação intestinal a ingestão de alimentos adequados e a hidratação necessária;
- Assegurar uma hidratação adequada de predomínio diurno e sugerir a diminuição da ingestão de líquidos 2 a 3 horas antes do deitar;
- Promover a mobilização e a actividade;
- Registar na folha de registo o problema de incontinência e sugerir um acesso fácil ao WC e de utensílios adequados durante o internamento;
- Explicar, informar e transmitir a ideia de que se pode melhorar o problema, ou pelo menos aprender a conviver com ele.

d) Confusão - Confusion

O estado confusional seja ele temporário ou não, é uma causa de angústia para quem já vivenciou este estado. Fulmer (2007) cita um estudo onde foram identificadas situações de delirium em um terço dos utentes com mais de 70 anos internados, nas primeiras 24 horas após a admissão hospitalar.

No decurso de um internamento existe determinadas modificações que vão de certa medida influenciar o bem-estar psíquico de uma pessoa idosa. As alterações nos hábitos alimentares, na higiene do sono, na dosagem e no horário de determinadas medicações e o próprio ambiente desconhecido, são factores que podem repercutir negativamente aquando da hospitalização de um individuo idoso (Fulmer, 2007). A intervenção de enfermagem passará em prevenir ou minimizar a ocorrência desta situação através da identificação de clientes idosos de risco, de modo a planificar as intervenções adequadas aquando a sua ocorrência e, também deverá promover o alívio do medo sentido pelo cliente idoso e seu familiar face à recorrência desta situação quando já experienciada.

Na consulta o enfermeiro deverá:

- Avaliar o risco de delírio;
- Explicar as escalas da dor;
- Sugerir a presença de familiares e/ou cuidadores nos cuidados aquando o internamento;

- Implementar medidas para a promoção de bem-estar e equilíbrio emocional – promovendo estratégias de desenvolvimento de autocontrolo, segurança interna e externa – promovendo a autoconfiança e a autoestima;
- Explicitar e sugerir na folha de registo as rotinas e os hábitos do cliente idoso, para que sejam adoptadas pelos outros profissionais no decurso de um futuro internamento, minimizando deste modo a sensação de um ambiente estranho, aquando a sua hospitalização.

e) Risco de quedas - Evidence of falls

Este item é abordado na IAI e deverá ser complementado com a identificação de factores que contribuem para as quedas, nomeadamente factores externos ou internos que potenciaram o evento. É de relembrar que os clientes assistidos numa fase pré-operatória tem uma mobilidade reduzida face á sua patologia, sendo assim, primordial avaliar o grau de risco para a ocorrência de quedas, avaliando aspectos como probabilidade de estados de delírio, instabilidade na marcha, presença de incontinência urinária, história de quedas e uso de terapêutica sedativa ou hipnótica (Fulmer, 2007). É importante identificar os clientes idosos que possuem história de queda, de forma a identificar e prevenir a sua ocorrência. Clientes idosos que não apresentam historial de quedas, a sua avaliação e intervenção deverão ser focados na identificação de possíveis causas iatrogénicas (Fulmer, 2011).

A avaliação ambiental também é considerada essencial. As áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, casa de banho, cozinha e escadas devem ser priorizadas. Cerca de 25% dos idosos caem dentro de suas próprias casas pelo menos uma vez por ano. A interacção de factores intrínsecos e extrínsecos ou ambientais está presente na maioria das quedas. As pessoas idosas devem ser beneficiadas de intervenções no planeamento de ambientes que compensem as suas perdas funcionais. Assim, considera-se fundamental que os espaços físicos sejam aprimorados, aumentando as suas qualidades funcionais, em conformidade com as necessidades dos usuários que viverão ali (Lucas, 2008; Moraes, 2012).

Deste modo, o enfermeiro deverá realizar uma avaliação da mobilidade e colher dados sobre o historial de quedas, de forma a direccionar a sua intervenção face às alterações e adaptações que serão necessárias realizar no ambiente, no intuito de reduzir a exposição a complicações. O enfermeiro deverá ter o bom senso em não provocar uma preocupação financeira sobre as alterações que sugere ao idoso e seu acompanhante, de forma a não desencadear um processo de insatisfação e inconformismo, repercutindo-se na saúde física e mental do individuo (Tavares e Santoro, 1999).

f) Alterações na pele - Skin breakdown

O compromisso da integridade cutânea é condicionado por factores como: imobilização, má nutrição, incontinência urinária e pressão excessiva (Fulmer, 2007; UMCCI, 2011).

Assim, nesta área e numa fase de pré-admissão o enfermeiro deverá:

- Avaliar a integridade da pele;
- Identificar factores de risco;
- Sugerir estratégias que minimizem as consequências face à presença de incontinência urinária;
- Avaliar o estado nutricional e de hidratação e registar problemas identificados que possam comprometer a integridade cutânea;
- Alerta o utente que na fase pós-operatória:

- . Para a não permanência na mesma posição por períodos de tempo prolongados;

- . Encorajar o movimento e pequenos exercícios, que estimulem a circulação, com benefícios a diferentes níveis.

- . Aconselhar para a manutenção da pele limpa e seca, especialmente em indivíduos com problemas de incontinência: utilizando sabão neutro, enxaguar bem e secar cuidadosamente.

Como já foi citado anteriormente, este modelo não contempla todos os aspectos mas, serve como guia orientador para o enfermeiro no cuidado à pessoa idosa (Fulmer, 2007). Assim sendo, existe na folha de registo de enfermagem um espaço para o enfermeiro relatar outros aspectos que considere pertinente para o cuidado a prestar ao indivíduo e sua família (item C – folha de registos de enfermagem – **Apêndice 1**). As respostas adquiridas com o decurso da avaliação SPICES deverão ser registadas e, as estratégias a aplicar ou aplicadas também deverão constatar na folha de registos. As alterações ou problemas identificados deverão ser investigados mais detalhadamente com o recurso a escalas validadas, como exemplo, se um cliente idoso durante o decurso da consulta apresenta um eritema na pele, o enfermeiro deverá aplicar a escala de Braden (Fulmer, 2007)

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do cliente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções (Moraes, 2012). Pretende-se que o enfermeiro documente na folha de registos as suas intervenções de enfermagem e assim,

favoreça a continuidade dos cuidados á pessoa idosa. As suas intervenções devem considerar a melhor evidência científica disponível e aplicável ao caso e, sobretudo valorizar as preferências, necessidades, desejos e valores da pessoa idosa e sua família, ou seja, a individualização dos cuidados. Assim, o Plano de Cuidados contém todas as informações essenciais para o planeamento e implementação das intervenções necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso.

3.3. Programa educativo

O programa de ensino pretende ser um meio para reduzir a ansiedade ao cliente, elucidando sobre aspectos que necessitam de ser esclarecidos. Deste modo, pretende-se uma abordagem simplista sobre temas complexos, elucidando e não provocando uma maior ansiedade e stress aos clientes que serão submetidos a uma cirurgia. O enfermeiro deverá ajustar o ensino de acordo com as necessidades individuais (Pritchard, 2011). Esta indicação, segundo Mendes et al (2005), tem em conta que pouca informação para um cliente que requer muita pode aumentar a ansiedade. E, contrariamente que, muita informação para quem quer pouca também pode fazer aumentar a ansiedade.

Deve-se lembrar que nesta fase o cliente já assinou o consentimento informado e deste modo já foi elucidado sobre a sua patologia e tratamento, bem como possíveis complicações advindas ao tratamento proposto pelo seu médico assistente. Assim, a intervenção do enfermeiro será em esclarecer alguma dúvida que ainda predomine com o auxílio de instrumentos de apoio (panfletos). Há a referir ainda, que o enfermeiro deverá ser prudente ao abordar o item das complicações, de modo a não suscitar ou aumentar os níveis de ansiedade, devendo assim, avaliar o estado psicológico do cliente.

Um dos aspectos a referir será em esclarecer as sensações que o cliente vivenciará no decurso do processo cirúrgico, nomeadamente, no dia da intervenção cirúrgica. A melhor evidência refere para o facto de um cliente elucidado sobre as sensações que vivenciará, irá de certo modo contribuir para a redução da sua ansiedade (Wong et al, 2010). As sensações são variadas mas, no geral existem umas que são transversais, como a sensação de frio no bloco operatório, a sensação de tonturas e de sonolência após a administração de uma benzodiazepina, a sensação de perda de mobilidade de sensibilidade após um bloqueio subaracnoídeo, sensação de tonturas ou náuseas após uma anestesia geral, entre outras.

O programa de ensino passa também em explicar e demonstrar exercícios e cuidados que o cliente deverá ter após a sua cirurgia, nomeadamente, em artroplastias do joelho e da anca. Esta informação deverá ser complementada com a entrega de folhetos específicos (**Apêndice 4 e 5**). Este instrumento é bastante válido e reconhecido em diversos estudos, e a evidência demonstra que é um instrumento eficaz na consolidação do ensino ministrado, por um período de tempo mais alargado (Pearce, 2006). Este instrumento torna-se

bastante útil perante um cliente idoso, pelo facto de contribuir para a retenção da informação dada. Muitos dos idosos apresentam uma diminuição da memória a curto prazo e esta agrava quando é-lhes fornecida informação em excesso. O enfermeiro deverá certificar que o cliente, nomeadamente a pessoa idosa compreenda a informação que consta no folheto, de modo a excluir dúvidas que possam surgir posteriormente, não esquecendo que, de acordo com a área de abrangência do hospital do qual esta inserida a consulta de enfermagem, o enfermeiro deverá atender as características sociodemográficas dessa população, principalmente numa população de idosos. Esta população tem características próprias, como habilitações literárias baixas, correspondentes ao ensino básico/primário ou até mesmo situações de analfabetização. Perante este facto, o enfermeiro ao usar o material de apoio escrito no ensino, terá que avaliar se ele se coaduna com os destinatários.

As explicações de escalas, nomeadamente aquelas que necessitam da colaboração do cliente, deverão ser explicadas numa fase que antecede o momento da sua aplicação. Este facto é válido para as escalas de avaliação da dor. Estas escalas deverão ser explicadas e demonstradas ao cliente, de forma a este se familiarizar com estas. As escalas preconizadas pelo Centro Hospitalar Lisboa Central e utilizadas no serviço de internamento de ortopedia e no Bloco Operatório são as escalas de Faces e a Numérica. O enfermeiro informará quando e como serão aplicadas, com o recurso da demonstração visual das escalas utilizadas. Deverá atender e adaptar a escala a usar perante uma pessoa analfabeta ou com um índice de escolaridade baixa, bem como, pela facilidade em compreender a escala de avaliação da dor. Este instrumento deverá coadunar-se à pessoa e não a pessoa ao instrumento. O cliente deverá ser instruído e incentivado a queixar-se na presença de dor, de forma a não extrapolar o seu limiar de dor.

Por fim a preparação pré-operatória serve como um momento de instruções a dar ao cliente com o auxílio do folheto informativo (**Apêndice 2 e 3**). Beck (2007) ressalva a importância de dar informações sobre procedimentos hospitalares e sobre a alta, respondendo às solicitações dos clientes. Nesta fase, é importante que o enfermeiro disponibilize a oportunidade para o cliente perguntar o que quiser, sendo necessário responder com clareza e sem termos técnicos muito complexos (Beck, 2007; Lucas, 2007; Pritchard, 2012).

Qualquer intervenção de enfermagem, nomeadamente no decurso do Programa de Ensino Estruturado, deverá ser avaliado e registado, principalmente o reforço do ensino que foi necessário realizar. Este registo é igualmente importante, na medida que transmite informação de aspectos que necessitam de ser considerados, ponderados e reforçados pelos enfermeiros e outros profissionais que desempenham funções no serviço de internamento.

Para finalizar o programa de ensino é sugerido ao cliente uma visita guiada às instalações aonde será internado. A visita guiada é realizada mediante a vontade do cliente, bem como das condições do Serviço de Internamento de Ortopedia.

4. ESTRUTURA DA CONSULTA

ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ORTOPEDIA

POPULAÇÃO ALVO:

A consulta incidirá em doentes que estejam dados como aptos da consulta de anestesia (Apêndice 6 - fluxograma), sendo o grupo de intervenção predominantemente a clientes idosos (utentes com 65 ou mais anos de idade) com gonartrose e coxartrose. Esta escolha incide na análise de dados estatísticos compreendidos entre o período de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012, sendo as patologias mais frequentemente intervencionadas.

RECURSOS

HUMANOS:

- Enfermeiros a exercerem funções no serviço de Consultas Externas de Ortopedia do CHLC;
- Assistente Operacional do serviço de Consultas Externas de Ortopedia do CHLC;
- Assistentes técnicas do serviço de Consultas Externas de Ortopedia;

FÍSICOS:

- Gabinete;

MATERIAIS:

- Registos de enfermagem;
- Guia de consulta;
- Computador com acesso à internet;
- Armário:
 - ✓ Folhetos
 - ✓ Guia da Consulta;
 - ✓ Bibliografia (directrizes da OMS, DGS,PNS, PNSPI, artigos, ETC...)

TEMPORAIS:

- O tempo da consulta de enfermagem irá coincidir com o período de consulta de anestesia:

- ✓ 3ªfeira das 9h às 14h;
- ✓ 4ªfeira das 15h às 20h;

- A avaliação dos registos de enfermagem, bem como o possível contacto telefónico para completar o ensino ministrado ao cliente idoso decorrerá:

- ✓ 5ªfeira das 15h às 20h;

A consulta não deverá exceder os 50 min. e tem como finalidade promover um acompanhamento à pessoa idosa e seu cuidador no período pré-operatório, identificando e intervindo nas necessidades biopsicossociais, de forma a otimizar a sua recuperação no período pós-operatório.

A folha de registo contempla três grandes áreas: avaliação integral da pessoa, onde contempla as dimensões biopsicossocial, traçando assim o seu perfil; identificação de problemas de enfermagem (SPICES) e possíveis intervenções e, o programa de ensino estruturado. Todos estes itens que constam na folha de registos de enfermagem têm uma relevância numa abordagem pré-operatória, pelo facto de todos eles se relacionarem e funcionarem como uma simbiose para uma boa preparação pré-operatória.

Na consulta de enfermagem o enfermeiro deverá favorecer a presença do acompanhante que assiste o cliente.

ACTIVIDADES	ASPECTOS A CONSIDERAR
<p>- Apresentar a dinâmica da consulta de enfermagem</p> <p>(2 min.)</p>	<p>- Apresentação do enfermeiro</p> <p>-Explicitar os objectivos da consulta</p> <p>- Fornecer um cartão com a identificação do enfermeiro e o contacto telefónico</p>
<p>- IAI (15 min.)</p>	<p>- Identificar a rede familiar do cliente e sua relação com os restantes membros familiares, através da avaliação do estado social e emocional;</p> <p>- Avaliação da capacidade funcional e do estado cognitivo;</p> <p>- Identificação de hábitos prejudiciais ou comprometedores para uma recuperação;</p> <p>- Esboçar o perfil biopsicossocial.</p>
<p>- Avaliação, diagnóstico e intervenções de enfermagem à pessoa idosa - SPICES</p> <p>(20min.)</p>	<p>- Aplicar em clientes com idade igual ou superior a 65 anos;</p> <p>- Priorizar os problemas identificados</p> <p>- Elaborar um plano de cuidados e registar as intervenções realizadas</p>
<p>-Aplicar o programa de ensino</p> <p>-Avaliação do ensino ministrado</p> <p>(20 min.)</p>	<p>Explicação simplista e com recurso a meios audiovisuais sobre a patologia e seu tratamento;</p> <p>- Informar sobre limitações decorrentes no pós-operatório, bem como a necessidade de realizar adaptações no domicílio.</p> <p>- Explicação e demonstração de cuidados após a intervenção cirúrgica.</p> <p>- Fornecimento de informação em suporte escrito</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Demonstrar as escalas de avaliação da dor e ensinar posições e técnicas que ajudem na diminuição da dor;- Identificação da terapêutica habitual e intervenções realizadas por outros profissionais. Realização de reforços no ensino se necessário.
Informar sobre procedimentos e rotinas do serviço de Internamento de Ortopedia do CHLC (10 min.)	<ul style="list-style-type: none">- Informar sobre o que deverá trazer para o internamento;- Informar sobre horários das visitas;- Informar sobre o nº de dias de internamento;- Informar sobre as rotinas do serviço*;- Sensibilizar o cliente para a necessidade de um cuidador após a alta hospitalar;- Visita guiada ao serviço de Internamento * <p>(* em simultâneo e sempre que o serviço de internamento o permitir, bem como a condição física do cliente idoso)</p>

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, Wilson Correia (2011). *Transições e contextos multiculturais*. 2ª Edição. Coimbra; Formação
- Aguiar, João Paulo (2009) – Delirium pós-operatório: uma situação frequente, pouco reconhecida e com impacto na morbidade – Tese de ,mestrado integrado em Medicina – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- . Audisio, RA; Ramesh, Hodigere; Longo, Walter; Zbar, Andrew; Pope, Daniel (2005) – Preoperative Assessment of Surgical Risk in Oncogeriatric Patients. *The Oncologist*. Vol. 10. P.262-268.
- . Audisio, RA; Pope, D.; Ramesh, HD.; Gennari, R. et al.(2008) - Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help: A SIOG surgical task force prospective study. *PubMed*.Vol.65. P.156-163.
- Beck, A (2007) – Nurse-led pre-operative assessment for elective surgical patients. *Art and Science-Nursing Standart*. Vol.21, nº51. p.35-38.
- Brunner and Suddarth (2002) – *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 9ª Edição. Vol.1. Guanabara.
- . Botelho, Maria Amália (2000) Autonomia funcional em idosos. *Bial*, nº 178852/02
- . Buurman, Bianca; Parlevliet, Juliette; Deelen, Bob; Haan, Rob; Rooji, Sophia (2010) – A randomized clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge. *BMC-Health Services Research*. Vol.10:296.
- . Chow, Warren; Ko, Clifford; Rosenthal, Ronnie; Esnaola, Nestor (2012) – ACS NSQIP/AGS BEST PRACTICE GUIDELINES: Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient. American College of Surgeons. Acedido em Abril de 2013, através: <http://www.jhartfound.org/blog/wp-content/uploads/2012/10/ACS-NSQIP-AGS-Geriatric-2012-Guidelines6.pdf>
- . Dhesi, J (2010) – Improving outcomes in older people undergoing elective surgery. *JR Call Physicians Edimb*. Vol.40. P.348-353. Doi: 10.4997/JRCPE2010.416.
- Ellis, Graham; Langhorne, Peter (2005) – *Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients*. British Medical Bulletin, Vol. 71: 45-59. Doi: 10.1093/bmb/ldh033.
- . Enelow, Allen; Forde, Douglas; Brummel-Smith, Kenneth (1996) – *Entrevista clinica e cuidado ao paciente*. 4ª Edição. Climepsi Editores. ISBN: 972-95908-9-3.

- . Engelke, Zeena (2012) – Patient Education: teaching the older adult. *Cinahl Information Systems*. Vol.65. Nº4 (Março de 2012) issn ICD-9
- . Fitzpatrick, Elizabeth; Hyde, Abbey (2005) –What characterizes the “usual” preoperative education in clinical contexts?. *Nursing and Health Sciences*. Vol.7;p.251-258.
- Fulmer, Terry (2007) – *SPICES*. *AJN*. Vol.107, nº 10. P.40-48. Acedido em Dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com> .
- . Garretson, Sharon (2004)- Benefits of pre-operative information programmes. *Art&Science* . Vol.18. Nº 47 (Maio 2004),p.33-37. Acedido em Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15357551> PMID: 15357551.
- Garrido, J.(2006) – Instabilidade e Quedas. InOTTO, BLANCO, E.- *Síndromes Geriátricas*. Edições Médicas. P. 61-78.
- Gomes, Noélia (2009) – *O doente cirúrgico no pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. Dissertação de candidatura ao Grau Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Hall, Kim; Mather, Mary (2010) – *SPICES helps develop care plan*. *Clinical Stat*. p. 31-32
- Harvey, Paula; Wilson, Dan (2009) – *The role of specialist nurse in an acute assessment and liaison service*. *Nurse Older People*. Vol.21.Nº10. P.24-28.
- Instituto Nacional de Estatística (2011) – *Censos 2011. Resultados Provisórios*. Informação à comunicação social. Acedido em 09/05/2012. Disponível em <http://www.ine.pt>.
- . Kim, Kwang; Park, Kay-Hyun; Koo,Kyung-Hoi; Han, Ho-Seong; Kim,Cheol-Ho (2013) - Comprehensive geriatric assessment can predict postoperative morbidity and mortality in elderly patients undergoing elective surgery. *Elsivier*. Volume 56. P.507-512.
- Lucas, Brien (2007) – Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nursing Standart – learning zone*. Vol.22.Nº2 (Stembro de 2007),p.50-56. Acedido em Abril de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17944139>.
- Lucas, Brien (2008) – Total hip and total knee replacement: preoperative nursing management. *British Journal of Nursing*. Vol.17, nº 21,p.1346-1351.
- . Lueckenotte, Annette (2002) – *Avaliação em Gerontologia*. Eª Edição. Reichmann&Affonso Editores. ISBN: 85-87148-59-1.

- Mendes, Aida; Silva, Anabela; Nunes, Deolinda; Fonseca, Guida (2005) – Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório.
- . Meletti, José Fernando; Miranda, Reinaldo; Simões, Fernanda; Hagui, Camila de Souza; Farrajota, Carolina (2007) – Delirium e disfunção cognitiva em idosos submetidos a cirurgia ortopédicas. Redalyc.org. Vol. 18, nº 1. P.22-32.
- . Menley, Kim; Bellman, Loretta (2003) – Enfermagem cirúrgica – Prática Avançada. Lusociências. ISBN: 972-8383-54-1 *Referência*. IIª Série, nº1, p.9-14.
- Ministério da Saúde (2010) – Directiva Técnica nº 1/UMCCI/2010 – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em: www.rncci.min-saude.pt
- Moniz, José Manuel Nunes (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa – A Prática de Cuidados como Experiência Formativa*, Lusociência
- Moraes, Edgar; Marino, Marília; Santos, Rodrigo (2010) – Principais Síndromes Geriátricas. *Rev. Med Minas Gerais*. Vol.20, p.54-66
- Moraes, Edgar (2012) – Atenção á saúde do idoso: aspectos conceituais. *Organização Pan-americana da saúde*. Brasília.
- Paula, Adriana; Carvalho, Emília (1997) – Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. *Rev. Latino-am*. Vol.5, nº 3.p.35-42.
- Pearce, JoAnne (2006) – Documenting preoperative education. *Nursing*. Vol.36.Nº 8. p.71. Acedido em Abril de 2012. Disponível em: http://journals.lww.com/nursing/Citation/2006/08000/Documenting_preoperative_education.52.aspx
- Phipps, Sands, Marek (2003) – *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e práticas clínicas*. Lusociência. Vol 1 ISBN: 972-8383-65-7.
- Pritchard, MJ (2011) – Using target information to meet the needs of surgical patients. *Art and Science – Nursing Standart*. Vol.25, nº 51. p.35-39.
- Pritchard, MJ (2012) – Pre-operative assessment of elective surgical patients. *RCN Publishing – Nursing Standart*. Vol.26, nº30. P.51-55.
- Rothrock, Jane (2008) – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Lusociência. 13ª Edição. ISBN: 978-989-8075-07-9.

- . Ruiz-Neto, Pedro; Moreira, Neli; Furlaneto, Maria (2002) – Delirio pós-anestésico. *Rev. Bras. Anesthesiol.* In Scielo. Vol. 52, nº2; p.242-250.
- Sousa, Valéria; Guariento, Maria (2009) – Avaliação do idoso desnutrido. *Rev. Bras. Clin. Med.* Vol. 7.p.46-49.
- . Sarmento, Emília; Pinto, Paula; Monteiro, Sónia (2010). *Cuidar do Idoso – Dificuldade dos Familiares*. Editora Formasau.
- . Stern, Cindy; Lockwood, Craig (2005) – Knowledge retention from preoperative patient information. *Evid Based Health.* Vol.3 p.45-63.
- . Suijiker, Jacqueline; Buurman, Bianca; Riet, Gerben; Riet, Marjon; Haan, Rob; Rooij, Sophia; Charante, Eric (2012) - Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of cluster randomized trial. *BMC – Health Services Research*.12:85.
- Tavares, Selma; Santoro, Andrea (1999) – Consulta de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica: uma necessidade. *Acta Paul. Enf.* Vol.12, nº1.p.78-85.
- UMCCI (2011) – *Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. RNCCI. P.26-64. Acedido em Outubro de 2012. Disponível em: [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual do Prestador.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf)
- . Vendites, Soraya; Almada-Filho, Clineo; Minossi, José (2010) – Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente cirúrgico. *ABCDArq. Bras. Cir. Big in Scielo*. Vol.23, nº3.p.173-182.
- Walker, Jennie (2007) – What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*. Vol.16, nº1.p.27-32.
- Wong, Eliza; Chan, Sally; Chair, Sek (2009) – Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*.

ANEXO 1

AMBULATÓRIO/A DMISSÃO

Data: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Respondeu ao Inquérito:

IAI - Instrumento de Avaliação Integrado

Idade: ____ anos

Iniciais: ____

☐ o próprio☐ o prestador de cuidados

Nº BI / Passaporte: ____

Pontuação
Classificação

SEXO	0 feminino	1 masculino			
IDADE	0 80 ou mais anos	1 86 a 78 anos	2 60 a 84 anos	3 18 a 49 anos	
P1 Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
P2 Queixas Visão *	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
P3 Queixas Audição *	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
P4 Queixas Pele *	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
QUEIXAS DE SAÚDE	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
C01 IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²) peso * / altura² =	0 menos de 16,0 magreza	1 16,0 a 18,4 baixo peso	2 18,5 a 25,0 adequado	3 25,1 a 30,0 excesso peso	
C02 CINT - Cintura - feminino (cm)	0 mais de 88 obesidade II	1 80 a 88 obesidade I	2 80 a 88 obesidade I	3 menos de 80 adequado	
C03 CINT - Cintura - masculino (cm)	0 mais de 102 obesidade II	1 94 a 102 obesidade I	2 94 a 102 obesidade I	3 menos de 94 adequado	
ESTADO DE NUTRIÇÃO	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 adequado	
P6 Nº de Quedas (último ano)	0 4 ou mais quedas	1 2 a 3 quedas	2 1 queda	3 sem quedas	
P7 Momento de Quedas	0 menos de 1 mês	1 1 mês a 1 ano	2 mais de 1 ano	3 sem quedas	
P8 Motivo de Quedas	0 interno-externo	1 interno	2 externo	3 sem quedas	
P9 Sequelas de Quedas ocorridas	0 com alta mobilidade	1 sem alta mobilidade	2 sem sequelas	3 sem quedas	
QUEDAS	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	
P10 Andar em casa, dentro de edifícios	0 incapaz, não anda	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P11 Andar na rua	0 incapaz, não sai	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P12 Andar em espaços	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P13 Locomoção em locais para visão e audição	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
LOCOMOÇÃO	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P14 Lavar-se/tomar banho	0 entrar/sair, estar, lavar-se	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P15 Vestir-se/despir-se	0 escolher, preparar, vestir	1 dependente de 3Ps	2 meios / acabamentos	3 independente	
P16 Usar a sanita e/ou baido/utíno	0 usar, limpar-se, roupa, despejar	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P17 Deitar-se/levantar-se da cama	0 mover-se, transferir-se, andar	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras	0 mover-se, transferir-se, andar	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P19 Controlar a urina	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3Ps	2 meios / incont. esporádico	3 independente	
P20 Controlar as fezes	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3Ps	2 meios / incont. esporádico	3 independente	
P21 Alimentar-se/comer	0 servir-se, preparar alimentos, comer	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição	0 incapaz, não se alimenta	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
AUTONOMIA FÍSICA	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P23 Usar o telefone	0 marcar n.ºs, atender	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
P24 Fazer compras	0 todas as compras necessárias	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P25 Preparar refeições	0 planejar bem, preparar, servir-se	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P26 Tarefas de vida da casa	0 pesadas e leves, com limpeza	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P27 Lavar/retirar de sua roupa	0 grande e pequena	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P28 Usar transportes (onde não pode ir a pé)	0 públicos / táxi / carro, conduzir	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P29 Tomar os seus medicamentos	0 nas doses e tempos corretos	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P30 Gerir o seu dinheiro	0 contas, cheques, ir ao banco	1 dependente de 3Ps	2 meios / ajuda ocasional	3 independente	
P31 Autonomia Instrumental e meios para visão e audição	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3Ps	2 meios	3 independente	
AUTONOMIA INSTRUMENTAL	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P32 Triste / deprimido *	0 into tempo / sem resp	1 metade de tempo	2 pouco tempo	3 nunca	
P33 Nervoso / ansioso *	0 into tempo / sem resp	1 metade de tempo	2 pouco tempo	3 nunca	
P34 Outras Queixas Emocionais *	0 com queixas	1 sem queixas	2 sem queixas	3 sem queixas	
QUEIXAS EMOCIONAIS	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	
P35 Ano	0 Em que ano estamos	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P36 Mês	0 Em que mês estamos	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P37 Dia do mês	0 Quantos são hoje	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P38 Estação do ano	0 Em que estação do ano estamos	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P39 Dia da semana	0 Que dia da semana é hoje	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
OT - Orientação no Tempo	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatória	2 2 a 2,9 satisfatória	3 orientado no tempo	
P40 País	0 Como se chama o nosso país	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P41 Distrito	0 Em que distrito vive	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P42 Terra	0 Em que terra vive	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P43 Casa	0 Como se chama esta casa	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
P44 Andar	0 Em que andar estamos	1 não responde / não sabe / errado	2 certo	3 certo	
OE - Orientação no Espaço	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatória	2 2 a 2,9 satisfatória	3 orientado no espaço	
ESTADO COGNITIVO	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	
P45 Estado Civil	0 em relação a um/a ou outra pessoa	1 viúvo / separado / solteiro	2 casado / união/facto	3 vive sozinho	
P46 Nº de coabitantes na sua residência	0 n.º coabitantes	1 vive só	2 vive com outros	3 vive com outros	
P47 Tempo em que está só nas 24h	0 está só: ____ horas	1 8 ou mais horas	2 menos de 8 horas	3 tem confidente	
P48 Ter com quem desabafar / ter confidente	0 falar de assuntos pessoais	1 não tem confidente	2 tem confidente	3 tem confidente	
IS - Isolamento Social	0 0 a 0,9 muito isolado	1 1 a 1,9 isolado	2 2 a 2,9 pouco isolado	3 3 não isolado	
P49 Escolaridade	0 (estudos completos) n.º anos	1 0 anos/infantil	2 1 a 6 anos	3 7 a 12 anos	
P50 Profissão	0 não qualificado	1 qualificado	2 intermédio	3 especialista	
HL - Habilidades Literárias	0 0 a 0,9 baixas	1 1 a 1,9 insatisfatórias	2 2 a 2,9 satisfatórias	3 3 boas	
ESTADO SOCIAL	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	
P51 Andar pela rua	0 n.º horas / semana: ____	1 menos de 2 horas	2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas	
P52 Gíndio ou desporto	0 n.º horas / semana: ____	1 menos de 2 horas	2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas	
P53 Outra atividade física	0 n.º horas / semana: ____	1 menos de 2 horas	2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas	
AF - Atividade Física/semana	0 soma: P51+P52+P53 = ____	1 menos de 2 horas	2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas	
P54 Refeições habituais - assinalar:	0 Pequeno Almoço Meio Manhã Almoço Lanche Jantar Ceia Outra(s)	1 mais de 6 refeições/dia	2 3 refeições/dia	3 4 a 6 refeições/dia	
R - Nº de Refeições/dia	0 n.º refeições	1 mais de 6 refeições/dia	2 3 refeições/dia	3 4 a 6 refeições/dia	
HABITOS	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	

Perfil Biopsicossocial

Data: ____/____/____

Nº BI / Passaporte: ____

SEXO / IDADE / QUEIXAS SAÚDE / NUTRIÇÃO / Quedas / Locomoção / AFÍSICA / INSTRUM.

QUEIXAS EMOCIONAIS / COGNITIVO / SOCIAL / HABITOS

Nota: 0 / 1 / 2 / 3 - consoante a classificação obtida nos DOMÍNIOS

* Considerar 9 se não for possível medição de peso e obtenção de respostas relativas a queixas

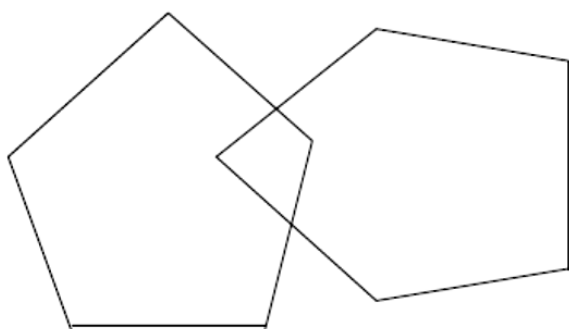
☐ U. Convalescença☐ U. Média Duração Reabilitação☐ U. Longa Duração Manutenção☐ Equipa Doméstica

ANEXO 2

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

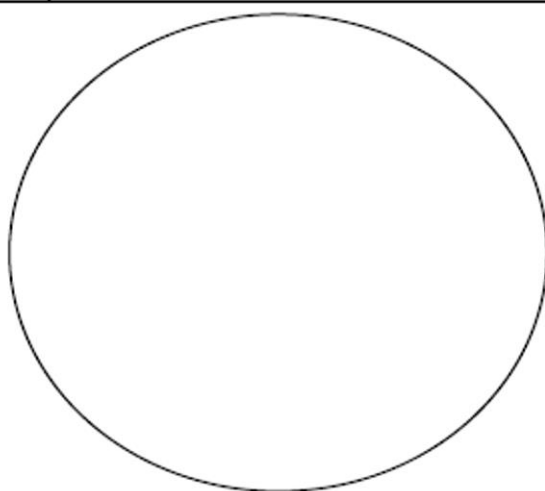
ESCOLARIDADE (anos/escola): _____

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al (2003)		DATA (score)				
Orientação Temporal (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Ano					
	Mês					
	Dia do mês					
	Dia da semana					
	Semestre/Hora aproximada					
Orientação Espacial (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Estado					
	Cidade					
	Bairro ou nome de rua próxima					
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)					
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)					
Registro (3 pontos)	Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA CARRO, VASO e TIJOLO					
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$					
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM					
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?					
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta					
Repetir (1 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"					
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"					
Escrever uma frase completa (1 ponto)	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"					
Ler e executar (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS					
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção					
PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)						



TESTE DO RELÓGIO

TESTE DO RELÓGIO		
<i>"Desenhe um relógio com todos os números e marcando 11:10"</i>		
0	Inabilidade absoluta para representar o relógio	
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;	
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso;	
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora;	
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;	
5	Relógio perfeito;	



ANEXO 3

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)			
Peso (kg):	Altura (cm):	Circunferência da panturrilha:	IMC:
TRIAGEM		Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	
Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão		<input type="checkbox"/>	
Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso		<input type="checkbox"/>	
Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal		<input type="checkbox"/>	
Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não		<input type="checkbox"/>	
Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos		<input type="checkbox"/>	
Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m] ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		<input type="checkbox"/>	
Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pts.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação			
11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição continuar a avaliação			
Avaliação global			
O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 0 = não 1 = sim		<input type="checkbox"/>	
Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não		<input type="checkbox"/>	
Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não		<input type="checkbox"/>	
		O paciente consome: pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? carne, peixe ou aves todos os dias?	
		sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
		0,0 = nenhuma ou uma resposta <<sim>> 0,5 = duas respostas <<sim>> 1,0 = três respostas <<sim>>	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? 0 = não 1 = sim	
		<input type="checkbox"/>	
		Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
		<input type="checkbox"/>	
		O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problema nutricional	
		<input type="checkbox"/>	
		Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 2,0 = melhor	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Circunferência do braço (CB) em cm 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	
		<input type="checkbox"/>	
		Avaliação global (máximo 16 pontos) Escore da triagem Escore Total (máximo 30 pontos)	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional			
De 17 a 23,5 pontos risco de desnutrição		<input type="checkbox"/>	
Menos de 17 pontos desnutrido		<input type="checkbox"/>	

APÊNDICE 1(Folha de Registos de Enfermagem)

CONSULTA DE ENFERMAGEM



CHLC

Consulta Externa de
AMBULATÓRIO/ADMISSÃO

Data: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Respondeu ao inquérito:

IAI - Instrumento de Avaliação Integrado

Inquérito referente a 4 semanas antes

Idade: ____ anos Iniciais: ____

Nº BI / Passaporte: ____

☐ o próprio☐ o prestador de cuidadosPontuação
Classificação

SEXO	0 feminino	1 masculino				
IDADE	0 80 ou mais anos	1 65 a 79 anos	2 50 a 64 anos	3 18 a 49 anos		
P1 Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas			3 sem queixas		
P2 Queixas Visão *	0 com queixas			3 sem queixas		
P3 Queixas Audição *	0 com queixas			3 sem queixas		
P4 Queixas Pele *	0 com queixas			3 sem queixas		
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas			3 sem queixas		
QUEIXAS DE SAÚDE	a menor pontuação	0 com queixas		3 sem queixas		
OB1 IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²) peso * ____ / altura² ____ = ____	0 menos de 16,0 magreza	1 16,0 a 18,4 baixo peso		3 18,5 a 25,0 adequado		
OB2 CINT - Cintura - feminino (cm) 1ª ____ ; 2ª ____ ; 3ª ____	0 mais de 30,0 obesidade II	1 25,1 a 30,0 excesso peso		3 80 a 88 obesidade I		
CINT - Cintura - masculino (cm) média (1ª+2ª+3ª)/3 = ____ cm	0 mais de 88 obesidade II	1 80 a 88 obesidade I		3 menos de 80 adequado		
ESTADO DE NUTRIÇÃO	média: (pont. IMC + CINT) / 2 = ____	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso	3 3 adequado		
P6 Nº de Quedas (último ano) nº ____	0 4 ou mais quedas	1 2 a 3 quedas	2 1 queda	3 sem quedas		
P7 Momento de Quedas ou ____ dias; ou ____ meses	0 menos de 1 mês	1 1 mês a 1 ano	2 mais de 1 ano	3 sem quedas		
P8 Motivo de Quedas	0 interno+externo	1 interno	2 externo	3 sem quedas		
P9 Sequelas de Quedas ocorridas	0 com alt mobilidade	1 sem alt mobilidade	2 sem sequelas	3 sem quedas		
QUEDAS	média: (P6+P7+P8+P9)/4 = ____	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 3 bom	
P10 Andar em casa, dentro de edifícios	0 incapaz, não anda	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P11 Andar na rua	0 incapaz, não sai	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P12 Andar em escadas	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P13 Locomoção e meios para visão e audição			2 meios	3 independente		
LOCOMOÇÃO	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P14 Lavar-se/tomar banho entrar/sair, estar, lavar-se	0 incapaz, não se lava	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P15 Vestir-se/despir-se escolher, preparar, vestir	0 incapaz, não se veste	1 dependente de 3ºs	2 meios / acabamentos	3 independente		
P16 Usar a sanita e/ou bacio/urinol usar, limpar-se, roupa, despejar	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P17 Deitar-se/levantar-se da cama mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se levanta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se senta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P19 Controlar a urina	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádico	3 independente		
P20 Controlar as fezes	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádico	3 independente		
P21 Alimentar-se/comer servir-se, preparar alimentos, comer	0 incapaz, não se alimenta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição			2 meios	3 independente		
AUTONOMIA FÍSICA	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	
P23 Usar o telefone marcar nºs, atender	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente		
P24 Fazer compras todas as compras necessárias	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P25 Preparar refeições planejar bem, preparar, servir-se	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P26 Tarefas de lida da casa pesadas e leves, com limpeza	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P27 Lavar/tratar da sua roupa grande e pequena	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P28 Usar transportes (onde não pode ir a pé) públicos / táxi / carro, conduzir	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P29 Tomar os seus medicamentos nas doses e tempos correctos	0 incapaz, não toma	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P30 Gerir o seu dinheiro contas, cheques, idas ao banco	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente		
P31 Autonomia Instrumental e meios para visão e audição			2 meios	3 independente		
AUTONOMIA INSTRUMENTAL	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo	3 independente	

Perfil Biopsicossocial	 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Data: __/__/__	Nº BI / Passaporte: _____
-------------------------------	------------------------------------	----------------	---------------------------

☐ U. Convalescença

☐ U. Média Duração Reabilitação ☐ _____

☐ U. Longa Duração Manutenção ☐ _____

☐ Equipe Domiciliária

* Considerar 9 se não for possível medição de peso e obtenção de respostas relativas a queixas

B. Diagnóstico e intervenções de enfermagem (SPICES)**Sleep Disorders (Alteração no padrão do sono)**

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Problemas familiares <input type="checkbox"/> Uso de substâncias de uso corrente (cafeína, nicotina, álcool, drogas ilícitas) <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Insónia <input type="checkbox"/> Hipersónia <input type="checkbox"/> Parassónia <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Observações /Intervenções Horas de sono/dia: _____ Uso de terapêutica específica (hipnóticos/ansiolíticos): _____ _____ _____ _____ _____
--	---	---

Problems with eating and feeding (Alteração da alimentação)

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Problemas de coordenação motora que dificultem a manipulação de utensílios <input type="checkbox"/> Desadaptação de prot.dentária <input type="checkbox"/> Causas psicológicas (isolamento, depressão, problemas familiares,...) <input type="checkbox"/> Causas económicas <input type="checkbox"/> Causas culturais (hábitos tradicionais, alcoolismo, analfabetismo) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Incapacidade de se alimentar sozinho <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> _____	Observações/Intervenções: Resultado do IAI (Estado de nutrição e nº de refeições/dia): _____ _____ _____ Aplicação do inquérito MAN: SIM __ NÃO __ Se sim, resultado: _____
--	--	--

Incontinence (Alteração do padrão de eliminação vesical/intestinal)

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Incontinência de esfíncteres <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de líquidos/fibras <input type="checkbox"/> Hábitos pessoais <input type="checkbox"/> Diminuição da actividade <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Incapacidade de se deslocar aos sanitários <input type="checkbox"/> Perda contínua de urina <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Dejecções involuntárias <input type="checkbox"/> _____	Observações/Intervenções: <input type="checkbox"/> Nº de micções/dia: _____ Ensino relacionado com: <input type="checkbox"/> Treino vesical/intestinal <input type="checkbox"/> Dieta adequada
---	---	---

Confusion (Alteração do estado cognitivo)

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> História de "delirium" num episódio de internamento anterior <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Dor/desconforto <input type="checkbox"/> Alterações agudas no padrão de eliminação <input type="checkbox"/> Alterações no padrão de son	Observações/intervenções: Resultado do IAI (Estado Cognitivo): _____ _____ Aplicação do MEEM: SIM __ NÃO __ Resultado: _____ Aplicação do Teste do Relógio: SIM __ NÃO __ Resultado: _____
--	---	--

Evidence of falls (Risco de quedas)		
Relacionado com: Factores Externos: _____ Factores Internos _____ _____	Manifestada por: <input type="checkbox"/> Alterações na coordenação motora <input type="checkbox"/> Desequilíbrio na marcha <input type="checkbox"/> História de quedas <input type="checkbox"/> _____	Observações/Intervenções: <input type="checkbox"/> Uso de auxiliares de marcha <input type="checkbox"/> Adaptado ao auxiliar de marcha <input type="checkbox"/> _____
Skin Breakdown (Risco/Alteração da integridade cutânea)		
Relacionado com: <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene deficientes <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares deficientes <input type="checkbox"/> Incontinência de esfíncteres <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Úlcera varicosa <input type="checkbox"/> Feridas abrasivas <input type="checkbox"/> Outras alterações da integridade cutânea	Observações/Intervenções:

Instrumento desenvolvido por Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN, at New York University, Division of Nursing

C. OUTROS PROBLEMAS E/OU INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

D. PROGRAMA EDUCATIVO

		Ensino	Reforço	Nova Validação
CONCEITOS GERAIS	Fisiopatologia da doença (explicação simplista com recurso a vídeo)			
	Tratamento cirúrgico da doença (explicação simplista com recurso a vídeo)			
	Sensações sensitivas no decurso do internamento			
	Complicações possíveis (de acordo com estado psicológico)			
	Cuidados no pós-operatório (demonstração de conceitos básicos)			
	Escala de avaliação da dor (demonstração de escalas)			
PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	Jejum (reforçar a importância)			
	Remoção de próteses, maquilhagem, vernizes, adornos, etc...			
	Higiene corporal / oral			
	Informar o horário do acompanhante			
	Informar horário das restantes visitas			
	Informar o nº previsível de dias de internamento			
	Reforçar indicações dadas pelo anestesista relacionadas com a terapêutica			
	Alertar a necessidade de um cuidador após o regresso a casa			
DEMONSTRAÇÃO DE VIDEOS <input type="checkbox"/> ENTREGA DE FOLHETOS <input type="checkbox"/> VISITA GUIADA <input type="checkbox"/>				

APÊNDICE 2 (Folheto informativo)

FOLHETO INFORMATIVO



- Queremos **ajuda-lo** a compreender um pouco o que se irá passar durante a sua estadia no serviço de Ortopedia
- Esclarecer as suas dúvidas é a nossa **prioridade** e tudo faremos para que se sinta confortável

Horário das visitas no Serviço de Internamento de Ortopedia

Acompanhante:

- Das 12h às 21h

(o acompanhamento por uma pessoa significativa é feito mediante apresentação do Cartão de Identificação de Acompanhante)

Restantes visitas (destina-se a familiares e amigos)

- Das 15h às 20h (máximo duas pessoas e inclui a pessoa significativa)

Qualquer dúvida ou receio que queira esclarecer poderá fazê-lo junto da **equipa de enfermagem**, que estará disponível em ajuda-lo



Especialidade de Ortopedia

Elaborado em Nov. de 2012

Serviço de Consultas Externas
de Ortopedia do CHLC

Telefone: 218841325

Enfermeiras:

Sandra Bragança

Sandrina Fernandes

Elaborado pela equipa de Enfermagem do Serviço de Consulta Externa de Ortopedia

Pertences que **DEVEM** acompanhá-lo:

- ☐ Cartão da Consulta e de Utente
- ☐ Resultados de análise, electrocardiograma, RX's, etc...
- ☐ Lista de medicamentos que esteja a tomar
- ☐ Canedianas
- ☐ Próteses (dentárias, auditivas, oculares, etc...)



Pertences que **PODEM** acompanhá-lo:

- ☐ Objectos de higiene pessoal (gel de banho, escova e pasta de dentes, entre outros...)
- ☐ Meios de passatempos preferidos (livros, "palavras cruzadas", entre outros)

NOTA:

O hospital **não** se responsabiliza pelos bens e valores que não foram confiados à sua guarda.

Aconselha-se o utente a trazer para o internamento:

- Medicamentos que toma em casa;
- Calçado confortável (sapatos ou chinelos antiderrapantes);
- Garrafas de água.



NÃO DEVEM trazer para o internamento:

- Objectos de valor (brincos, colares, pulseiras, computadores, relógios, etc...)
- Bebidas alcoólicas
- Verniz nas unhas e /ou unhas artificiais
- Alimentos

APÊNDICE 3 (Folheto: aspectos cirúrgicos)

FOLHETO INFORMATIVO



- Queremos **ajuda-lo** a compreender um pouco o que se irá passar durante a sua estadia no serviço de Ortopedia
- Esclarecer as suas dúvidas é a nossa **prioridade** e tudo faremos para que se sinta confortável



No final da cirurgia irá para uma **Unidade de Cuidados Pós Anestésicos**, onde um enfermeiro e um médico anestesista **cuidarão** de si!

Deve sempre queixar-se quando sentir **dor**, para que lhe seja administrado medicamentos para o efeito.

Qualquer dúvida ou receio que queira esclarecer, poderá fazê-lo junto da **equipa de enfermagem**!



Especialidade de Ortopedia



Serviço de Consulta Externa
de Ortopedia do CHLC
Telefone: 218841325

Enfermeiras:
Sandra Bragança
Sandra Fernandes

Nov., 2012

Elaborado pela equipa de Enfermagem do Serviço de Consulta Externa de Ortopedia

No dia da sua intervenção cirúrgica

- ♦ Não deve comer, beber ou fumar no dia da cirurgia
- ♦ Deve efectuar a higiene do corpo, dando especial atenção à higiene oral. **Não** deve aplicar creme corporal
- ♦ Deve retirar ou mesmo evitar trazer para o hospital, todos os adornos de metal, principalmente com valor (pulseiras, fios, anéis, brincos, relógios, piercings, etc...)
- ♦ Deve retirar prótese (dentária, auditiva, oculares ou outras)
- ♦ Deve **trazer todos os exames médicos** efectuados e pedidos pelo seu médico ortopedista e anestesista



No Bloco Operatório



- ♦ A equipa cirúrgica é constituída por enfermeiros, anestesista, cirurgião e outros técnicos.
- ♦ A equipa cirúrgica usará roupa adequada para o evento, sendo deste modo, difícil reconhecer quem é quem.
- ♦ Irá ser recebido por um enfermeiro e uma assistente operacional.
- ♦ Os aparelhos e equipamentos que irá encontrar são necessários para que tudo corra bem!
- ♦ Pode sentir frio e tremores mas, será aquecido.



APÊNDICE 4 (Folheto PTA: cuidados após cirurgia)

Consulta Externa de Ortopedia



PRÓTESE TOTAL DA ANCA **Cuidados após cirurgia**



Aparelho Locomotor/Ortopedia/Consulta Externa

Nov. de 2012

Higiene:

- Para lavar os pés utilize uma esponja de cabo comprido para que não tenha de se dobrar tanto.
- Para limpar os pés pode utilizar uma toalha comprida, colocando um pequeno banco debaixo do pé para que este fique mais alto.
- Se a sanita for muito baixa pode colocar uma adaptação para que esta fique mais alta (tenha atenção em não ultrapassar os 90° flexão da anca).
- Para entrar na banheira pode utilizar um banco como mostra a figura. A perna operada é sempre a última a entrar para a banheira.



Elaborado por: Enfª Sandra Bragança
Enfª Sandrina Fernandes

ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

- Não se sente em bancos ou cadeiras baixas que o/a obriguem a fazer mais de 90° de flexão da anca.
- Utilize sempre bancos e cadeiras mais altas e de preferência com braços que ajudam quando tiver de se levantar..
- Nunca cruze as pernas.



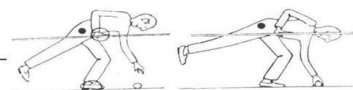
- Para andar com canadianas deve seguir os seguintes passos:
- avança as duas canadianas ao mesmo tempo;
- avança a perna operada;
- avança a perna boa e faz força nas canadianas para não forçar a perna operada;

Para subir escadas é necessário nunca esquecer que a perna boa é sempre a primeira a subir e só depois é que sobe a perna operada.



Para descer escadas é exactamente ao contrário de subir. Primeiro desce a perna operada e só depois desce a perna boa.

Para apanhar um objecto do chão, segure-se, estique a perna operada para trás e dobre-se sobre a perna boa. Para executar pequenos trabalhos no chão terá de o fazer com muito cuidado nunca esquecendo os cuidados com a prótese.



APÊNDICE 5 (Folheto PTJ: cuidados após cirurgia)

Consulta Externa de Ortopedia



PRÓTESE TOTAL DO JOELHO Cuidados após cirurgia

- Para subir e descer degraus:



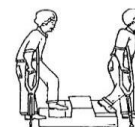
Suba primeiro a perna não operada, depois as canadianas, e por último a perna operada.



Primeiro desça as canadianas, depois a perna operada e por fim a perna não operada.

Deverá ter especial atenção:

- Caso surja dor intensa, que não alivia
- Andar em pisos molhados
- Evitar rotações forçadas do joelho (não rodar a parte superior do corpo sem rodar a perna operada).



Aparelho Locomotor/Ortopedia/Consulta Externa

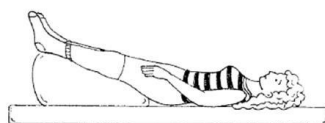
Nov. 2012

Elaborado por: Enfª Sandra Bragança
Enfª Sandrina Fernandes

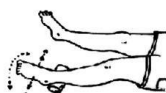
Contactos: 21 8841 325

- É muito importante a posição do joelho operado. Mantenha a perna esticada, sem almofadas debaixo do joelho.

- As almofadas debaixo do joelho aliviam a dor mas prejudicam na recuperação do seu joelho



- Sempre que possível movimente os pés para frente e para trás, para um lado e para o outro. Estes exercícios ajudam a melhorar a circulação sanguínea e a diminuir o edema (inchaço)



- Deitado de barriga para cima contraia o seu joelho contra a cama. Imagine que tem uma noz debaixo do joelho e que a quer partir. Repita várias vezes. Este exercício fortalece o seu músculo da coxa



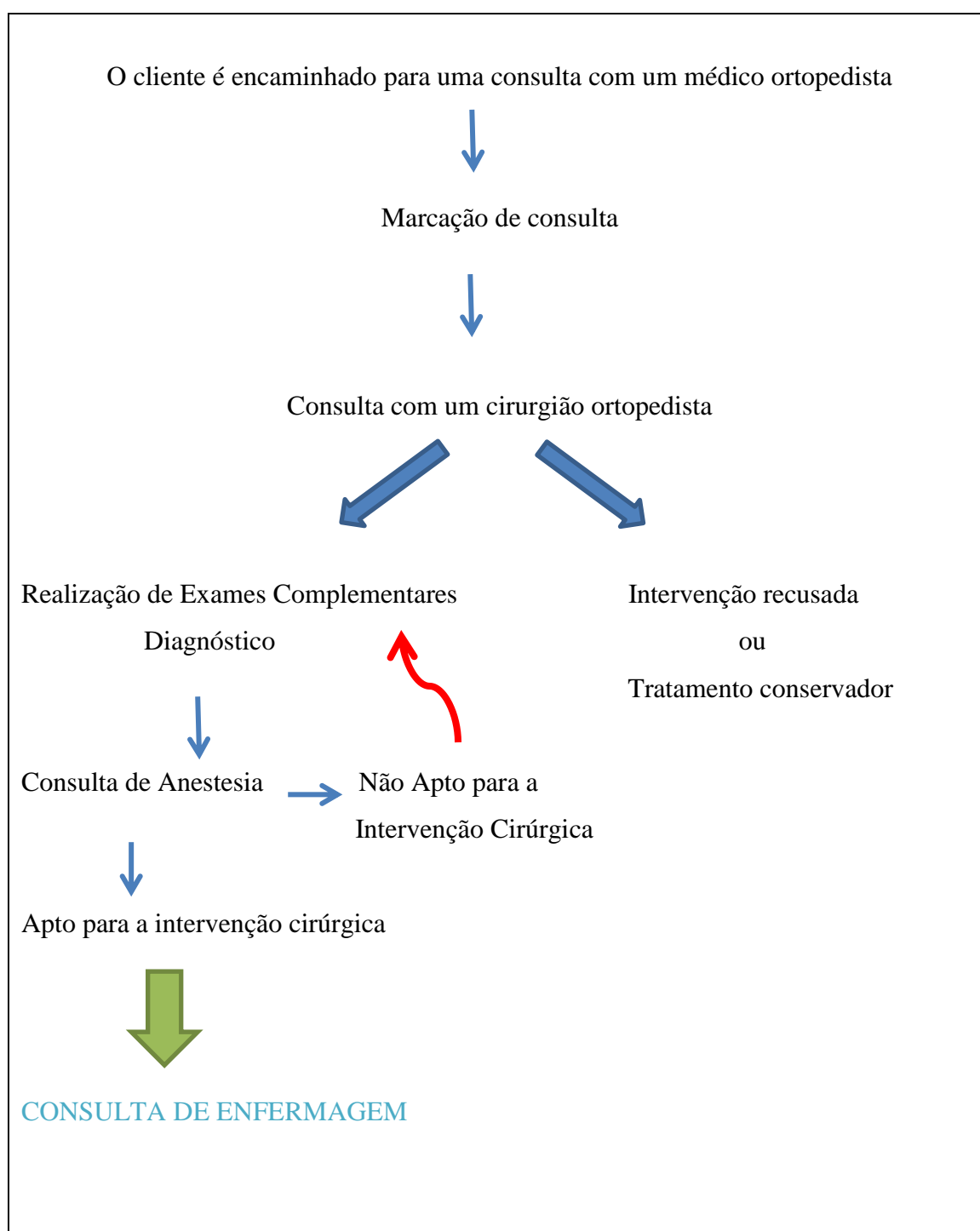
- Para se levantar de uma cadeira, chegue-se à frente e estique a perna operada. Levante-se fazendo força na perna não operada



- Para se sentar, o processo é o mesmo. Estique a perna operada e exerça força na perna não operada

APÊNDICE 6 (Fluxograma)

FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DO CLIENTE NA FASE PRÉ-OPERATÓRIA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA – CONSULTA EXTERNA



Apêndice X



CHLC

Consulta Externa de Ortopedia

(COLAR VINHETA DO DOENTE)

AMBULATÓRIO/ADMISSÃO

Data: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos Iniciais: ____

Respondeu ao inquérito:

☐ o próprio☐ o prestador de cuidadosPontuação
Classificação

IAI - Instrumento de Avaliação Integrado

Inquérito referente a 4 semanas antes

SEXO	0 feminino	1 masculino		
IDADE	0 80 ou mais anos	1 65 a 79 anos	2 50 a 64 anos	3 18 a 49 anos
P1 Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas			3 sem queixas
P2 Queixas Visão *	0 com queixas			3 sem queixas
P3 Queixas Audição *	0 com queixas			3 sem queixas
P4 Queixas Pele *	0 com queixas			3 sem queixas
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas			3 sem queixas
QUEIXAS DE SAÚDE	a menor pontuação	0 com queixas		3 sem queixas
OB1 IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²) peso * ____ / altura² ____ = ____	0 menos de 16,0 magreza	1 16,0 a 18,4 baixo peso		3 18,5 a 25,0 adequado
	0 mais de 30,0 obesidade I	1 25,1 a 30,0 excesso peso		
OB2 CINT - Cintura - feminino (cm) 1ª ____; 2ª ____; 3ª ____	0 mais de 88 obesidade II	1 80 a 88 obesidade I		3 menos de 80 adequado
CINT - Cintura - masculino (cm) média (1ª+2ª+3ª)/ 3 = ____ cm	0 mais de 102 obesidade II	1 94 a 102 obesidade I		3 menos de 94 adequado
ESTADO DE NUTRIÇÃO	média:(pont.IMC+CINT)/2 = ____	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso	3 3 adequado
P6 Nº de Quedas (último ano) nº ____	0 4 ou mais quedas	1 2 a 3 quedas	2 1 queda	3 sem quedas
P7 Momento de Quedas ou ____ dias; ou ____ meses	0 menos de 1 mês	1 1 mês a 1 ano	2 mais de 1 ano	3 sem quedas
P8 Motivo de Quedas	0 interno-externo	1 interno	2 externo	3 sem quedas
P9 Sequelas de Quedas ocorridas	0 com alt mobilidade	1 sem alt mobilidade	2 sem sequelas	3 sem quedas
QUEDAS	média:(P6+P7+P8+P9)/4 = ____	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório
				3 3 bom
P10 Andar em casa, dentro de edifícios	0 incapaz, não anda	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P11 Andar na rua	0 incapaz, não sai	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P12 Andar em escadas	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P13 Locomoção e meios para visão e audição			2 meios	3 independente
LOCOMOÇÃO	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo
				3 independente
P14 Lavar-se/tomar banho entrar/sair, estar, lavar-se	0 incapaz, não se lava	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P15 Vestir-se/despir-se escolher, preparar, vestir	0 incapaz, não se veste	1 dependente de 3ºs	2 meios / acabamentos	3 independente
P16 Usar a sanita e/ou bacio/urinol usar, limpar-se, roupa, despejar	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P17 Deitar-se/levantar-se da cama mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se levanta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras mover-se, transferir-se, andar	0 incapaz, não se senta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P19 Controlar a urina	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádico	3 independente
P20 Controlar as fezes	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádico	3 independente
P21 Alimentar-se/comer servir-se, preparar alimentos, comer	0 incapaz, não se alimenta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição			2 meios	3 independente
AUTONOMIA FÍSICA	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo
				3 independente
P23 Usar o telefone marcar nºs, atender	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P24 Fazer compras todas as compras necessárias	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P25 Preparar refeições planejar bem, preparar, servir-se	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P26 Tarefas de lida da casa pesadas e leves, com limpeza	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P27 Lavar/tratar da sua roupa grande e pequena	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P28 Usar transportes (onde não pode ir a pé) públicos / táxi / carro, conduzir	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P29 Tomar os seus medicamentos nas doses e tempos correctos	0 incapaz, não toma	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P30 Gerir o seu dinheiro contas, cheques, idas ao banco	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P31 Autonomia Instrumental e meios para visão e audição			2 meios	3 independente
AUTONOMIA INSTRUMENTAL	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo
				3 independente

Equipa Domiciliária

B. Diagnóstico e intervenções de enfermagem (SPICES)**Sleep Disorders (Alteração no padrão do sono)**

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Problemas familiares <input type="checkbox"/> Uso de substâncias de uso corrente (cafeína, nicotina, álcool, drogas ilícitas) <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Insónia <input type="checkbox"/> Hipersónia <input type="checkbox"/> Parassónia <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Observações /Intervenções Horas de sono/dia: _____ Uso de terapêutica específica (hipnóticos/ansiolíticos): _____ _____ _____ _____
--	---	--

Problems with eating and feeding (Alteração da alimentação)

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Problemas de coordenação motora que dificultem a manipulação de utensílios <input type="checkbox"/> Desadaptação de prot.dentária <input type="checkbox"/> Causas psicológicas (isolamento, depressão, problemas familiares,...) <input type="checkbox"/> Causas económicas <input type="checkbox"/> Causas culturais (hábitos tradicionais, alcoolismo, analfabetismo) <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Incapacidade de se alimentar sozinho <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> _____	Observações/Intervenções: Resultado do IAI (Estado de nutrição e nº de refeições/dia): _____ _____ _____ Aplicação do inquérito MAN: SIM __ NÃO __ Se sim, resultado: _____
--	--	--

Incontinence (Alteração do padrão de eliminação vesical/intestinal)

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Incontinência de esfíncteres <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Ingestão inadequada de líquidos/fibras <input type="checkbox"/> Hábitos pessoais <input type="checkbox"/> Diminuição da actividade <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Incapacidade de se deslocar aos sanitários <input type="checkbox"/> Perda contínua de urina <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Dejecções involuntárias <input type="checkbox"/> _____	Observações/Intervenções: <input type="checkbox"/> Nº de micções/dia: _____ Ensino relacionado com: <input type="checkbox"/> Treino vesical/intestinal <input type="checkbox"/> Dieta adequada
---	---	---

Confusion (Alteração do estado cognitivo)

Relacionado com: <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> História de "delirium" num episódio de internamento anterior <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Dor/desconforto <input type="checkbox"/> Alterações agudas no padrão de eliminação <input type="checkbox"/> Alterações no padrão de sono <input type="checkbox"/> _____	Observações/intervenções: Resultado do IAI (Estado Cognitivo): _____ _____ Aplicação do MEEM: SIM __ NÃO __ Resultado: _____ Aplicação do Teste do Relógio: SIM __ NÃO __ Resultado: _____
--	--	--

Evidence of falls (Risco de quedas)

Relacionado com:	Manifestada por: <input type="checkbox"/> Alterações na coordenação	Observações/Intervenções: <input type="checkbox"/> Uso de auxiliares de marcha
-------------------------	---	--

Factores Externos: _____ _____	motora <input type="checkbox"/> Desequilíbrio na marcha <input type="checkbox"/> História de quedas <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Adaptado ao auxiliar de marcha <input type="checkbox"/> _____
Factores Internos _____ _____		
Skin Breakdow (Risco/Alteração da integridade cutânea)		
Relacionado com: <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene deficientes <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares deficientes <input type="checkbox"/> Incontinência de esfínteres <input type="checkbox"/> _____	Manifestado por: <input type="checkbox"/> Úlcera varicosa <input type="checkbox"/> Feridas abrasivas <input type="checkbox"/> Outras alterações da integridade cutânea	Observações/Intervenções:

Instrumento desenvolvido por Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN, at New York University, Division of Nursing

C. OUTROS PROBLEMAS E/OU INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

E. PROGRAMA EDUCATIVO

		Ensino	Reforço	Nova Validação
CONCEITOS GERAIS	Fisiopatologia da doença (explicação simplista com recurso a vídeo)			
	Tratamento cirúrgico da doença (explicação simplista com recurso a vídeo)			
	Sensações sensitivas no decurso do internamento			
	Complicações possíveis (de acordo com estado psicológico)			
	Cuidados no pós-operatório (demonstração de conceitos básicos)			
	Escala de avaliação da dor (demonstração de escalas)			
PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	Jejum (reforçar a importância)			
	Remoção de próteses, maquilhagem, vernizes, adornos, etc...			
	Higiene corporal / oral			
	Informar o horário do acompanhante			
	Informar horário das restantes visitas			
	Informar o nº previsível de dias de internamento			
	Reforçar indicações dadas pelo anestesista relacionadas com a terapêutica			
	Alertar a necessidade de um cuidador após o regresso a casa			
DEMONSTRAÇÃO DE VIDEOS <input type="checkbox"/> ENTREGA DE FOLHETOS <input type="checkbox"/> VISITA GUIADA <input type="checkbox"/>				

ENFERMEIRO: _____

Nº MEC. _____

Nº O.E.: _____

Apêndice XI

FOLHETO INFORMATIVO



- Queremos **ajuda-lo** a compreender um pouco o que se irá passar durante a sua estadia no serviço de Ortopedia
- Esclarecer as suas dúvidas é a nossa **prioridade** e tudo faremos para que se sinta confortável

Horário das visitas no Serviço de Internamento de Ortopedia

Acompanhante:

- ♦ Das 12h às 21h

(o acompanhamento por uma pessoa significativa é feito mediante apresentação do Cartão de Identificação de Acompanhante)

Restantes visitas (destina-se a familiares e amigos)

- ♦ Das 15h às 20h (máximo duas pessoas e inclui a pessoa significativa)

Qualquer dúvida ou receio que queira esclarecer poderá fazê-lo junto da **equipa de enfermagem**, que estará disponível em ajuda-lo



Especialidade de Ortopedia

Elaborado em Nov. de 2012

Serviço de Consultas Externas
de Ortopedia do CHLC

Telefone: 218841325

Enfermeiras:

Sandra Bragança

Sandrina Fernandes

Elaborado pela equipa de Enfermagem do Serviço de Consulta Externa de Ortopedia

Pertences que **DEVEM** acompanhá-lo:

- ☐ Cartão da Consulta e de Utente
- ☐ Resultados de análise, electrocardiograma, RX's, etc...
- ☐ Lista de medicamentos que esteja a tomar
- ☐ Canedianas
- ☐ Próteses (dentárias, auditivas, oculares, etc...)



Pertences que **PODEM** acompanhá-lo:

- ☐ Objectos de higiene pessoal (gel de banho, escova e pasta de dentes, entre outros...)
- ☐ Meios de passatempos preferidos (livros, "palavras cruzadas", entre outros)

NOTA:

O hospital **não** se responsabiliza pelos bens e valores que não foram confiados à sua guarda.

Aconselha-se o utente a trazer para o internamento:

- ♦ Medicamentos que toma em casa;
- ♦ Calçado confortável (sapatos ou chinelos antiderrapantes);
- ♦ Garrafas de água.



NÃO DEVEM trazer para o internamento:

- ♦ Objectos de valor (brincos, colares, pulseiras, computadores, relógios, etc...)
- ♦ Bebidas alcoólicas
- ♦ Verniz nas unhas e /ou unhas artificiais
- ♦ Alimentos

Apêndice XII

FOLHETO INFORMATIVO



- Queremos **ajuda-lo** a compreender um pouco o que se irá passar durante a sua estadia no serviço de Ortopedia
- Esclarecer as suas dúvidas é a nossa **prioridade** e tudo faremos para que se sinta confortável



Especialidade de Ortopedia



Serviço de Consulta Externa
de Ortopedia do CHLC
Telefone: 218841325

Enfermeiras:
Sandra Bragança
Sandra Fernandes

Nov., 2012

Elaborado pela equipa de Enfermagem do Serviço de Consulta Externa de Ortopedia






No final da cirurgia irá para uma **Unidade de Cuidados Pós Anestésicos**, onde um enfermeiro e um médico anestesista **cuidarão** de si!

Deve sempre queixar-se quando sentir **dor**, para que lhe seja administrado medicamentos para o efeito.

Qualquer dúvida ou receio que queira esclarecer, poderá fazê-lo junto da **equipa de enfermagem!**

No dia da sua intervenção cirúrgica

- ♦ Não deve comer, beber ou fumar no dia da cirurgia 
- ♦ Deve efectuar a higiene do corpo, dando especial atenção à higiene oral. **Não** deve aplicar creme corporal 
- ♦ Deve retirar ou mesmo evitar trazer para o hospital, todos os adornos de metal, principalmente com valor (pulseiras, fios, anéis, brincos, relógios, piercings, etc...) 
- ♦ Deve retirar prótese (dentária, auditiva, oculares ou outras)
- ♦ Deve **trazer todos os exames médicos** efectuados e pedidos pelo seu médico ortopedista e anestesista

No Bloco Operatório



- ♦ A equipa cirúrgica é constituída por enfermeiros, anestesista, cirurgião e outros técnicos.
- ♦ A equipa cirúrgica usará roupa adequada para o evento, sendo deste modo, difícil reconhecer quem é quem.
- ♦ Irá ser recebido por um enfermeiro e uma assistente operacional.
- ♦ Os aparelhos e equipamentos que irá encontrar são necessários para que tudo corra bem!
- ♦ Pode sentir frio e tremores mas, será aquecido.



Apêndice XIII

Consulta Externa de Ortopedia



PRÓTESE TOTAL DO JOELHO **Cuidados após cirurgia**



Aparelho Locomotor/Ortopedia/Consulta Externa

Nov. 2012

- Para subir e descer degraus:



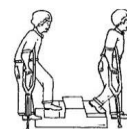
Suba primeiro a perna não operada, depois as canadianas, e por último a perna operada.



Primeiro desça as canadianas, depois a perna operada e por fim a perna não operada.

Deverá ter especial atenção:

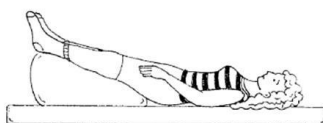
- Caso surja dor intensa, que não alivia
- Andar em pisos molhados
- Evitar rotações forçadas do joelho (não rodar a parte superior do corpo sem rodar a perna operada).



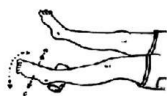
Elaborado por: Enfª Sandra Bragança
Enfª Sandrina Fernandes

Contactos: 21 8841 325

- É muito importante a posição do joelho operado. Mantenha a perna esticada, sem almofadas debaixo do joelho.
- As almofadas debaixo do joelho aliviam a dor mas prejudicam na recuperação do seu joelho



- Sempre que possível movimente os pés para frente e para trás, para um lado e para o outro. Estes exercícios ajudam a melhorar a circulação sanguínea e a diminuir o edema (inchaço)



- Deitado de barriga para cima contraia o seu joelho contra a cama. Imagine que tem uma noz debaixo do joelho e que a quer partir. Repita várias vezes. Este exercício fortalece o seu músculo da coxa



- Para se levantar de uma cadeira, chegue-se à frente e estique a perna operada. Levante-se fazendo força na perna não operada



- Para se sentar, o processo é o mesmo. Estique a perna operada e exerça força na perna não operada

Apêndice XIV

Consulta Externa de Ortopedia



PRÓTESE TOTAL DA ANCA **Cuidados após cirurgia**



Aparelho Locomotor/Ortopedia/Consulta Externa

Nov. de 2012

Elaborado por: Enfª Sandra Bragança
Enfª Sandrina Fernandes

Higiene:

- Para lavar os pés utilize uma esponja de cabo comprido para que não tenha de se dobrar tanto.
- Para limpar os pés pode utilizar uma toalha comprida, colocando um pequeno banco debaixo do pé para que este fique mais alto.
- Se a sanita for muito baixa pode colocar uma adaptação para que esta fique mais alta (tenha atenção em não ultrapassar os 90° flexão da anca).
- Para entrar na banheira pode utilizar um banco como mostra a figura. A perna operada é sempre a última a entrar para a banheira.



ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

- Não se sente em bancos ou cadeiras baixas que o/a obriguem a fazer mais de 90° de flexão da anca.
- Utilize sempre bancos e cadeiras mais altas e de preferência com braços que ajudam quando tiver de se levantar..
- Nunca cruze as pernas.



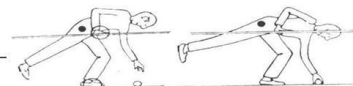
- Para andar com canadianas deve seguir os seguintes passos:
- avança as duas canadianas ao mesmo tempo;
- avança a perna operada;
- avança a perna boa e faz força nas canadianas para não forçar a perna operada;

Para subir escadas é necessário nunca esquecer que a perna boa é sempre a primeira a subir e só depois é que sobe a perna operada.



Para descer escadas é exactamente ao contrário de subir. Primeiro desce a perna operada e só depois desce a perna boa.

Para apanhar um objecto do chão, segure-se, estique a perna operada para trás e dobre-se sobre a perna boa. Para executar pequenos trabalhos no chão terá de o fazer com muito cuidado nunca esquecendo os cuidados com a prótese.



Apêndice XV

AVALIAÇÃO DA FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM

Grelha a aplicar na fase de teste do instrumento

Deverá ser preenchida pelo enfermeiro que realiza a consulta de preparação pré-operatória, num período de sensivelmente de duas a três semanas.

Itens	Informações Irrelevantes	Pouco perceptível	Espaço insuficiente	Necessidade de reformulação das questões efectuadas	Necessidade de relatar outro tipo de informação que não consta no item
A					
B					
C					
D					

AVALIAÇÃO DOS FOLHETOS FORNECIDOS AOS CLIENTES

. Folheto informativo 1 – “Procedimentos Hospitalares”

	Inadequado	Adequado	Sugestões
Quantidade de informação			
Tamanho da letra			
Clareza do conteúdo			
Apropriação do texto às figuras			

. Folheto Informativo 2 – “Conceitos gerais de uma cirurgia”

	Inadequado	Adequado	Sugestões
Quantidade de informação			
Tamanho da letra			
Clareza do conteúdo			
Apropriação do texto às figuras			

Folheto Informativo 3 – “PTA – Cuidados após intervenção”

	Inadequado	Adequado	Sugestões
Quantidade de informação			
Tamanho da letra			
Clareza do conteúdo			
Apropriação do texto às figuras			

Folheto Informativo 4 – “PTJ – Cuidados após intervenção”

	Inadequado	Adequado	Sugestões
Quantidade de informação			
Tamanho da letra			
Clareza do conteúdo			
Apropriação do texto às figuras			

AVALIAÇÃO DA VISITA GUIADA

	Inadequado	Adequado	Sugestões
Pertinência			
Durabilidade			

Apêndice XVI

Após a fase de teste, a folha de registos de enfermagem deverá ser sujeita a uma “auditoria”, de forma a garantir o seu correcto preenchimento, assegurando assim, uma uniformização das práticas de enfermagem no decurso da consulta instituída.

Cada item que consta da folha de registos será avaliado quinzenalmente e sujeita a uma reunião com a equipa de enfermagem, de forma a transmitir os dados colhidos.

a) Aspectos Gerais

	Janeiro		Fevereiro	
	16-31		1-15	
	Sim	Não	Sim	Não
Identificação do cliente (Presença de vinheta)				
Clareza da informação				
Letra legível				
Presença de siglas				
Identificação correcta do enfermeiro				
Preenchimento da data da consulta				

b) Itens Específicos

		Janeiro		Fevereiro	
		16-31		1-15	
		Sim	Não	Sim	Não
A. Instrumento de Avaliação Integrado	.Todos os itens preenchidos				
	.Perfil biopsicossocial traçado				
	. Inquérito preenchido pelo enfermeiro				

		Janeiro		Fevereiro	
		16-31		1-15	
		Sim	Não	Sim	Não
B. Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem (SPICE)	Número de situações detectadas				
	Nº de Intervenções realizadas				
	Número de encaminhamentos efectuados				

		Janeiro		Fevereiro	
		16-31		1-15	
		Sim	Não	Sim	Não
C. Outros problemas e Intervenções de Enfermagem	Número de problemas identificados e intervenções realizadas				

		Janeiro		Fevereiro	
		16-31		1-15	
		Sim	Não	Sim	Não
F. Programa Educativo	Hífen perceptível				
	Número de ensinos realizados				
	Número de reforços efectuados				
	Número de validações efectuadas				
	Número de panfletos entregues				
	Número de demonstração de vídeos				
	Preenchimento do item necessidades individuais	Nº de vezes			
		Registo de necessidades			
		Registo de intervenções efectuadas			

Apêndice XVII





Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa com patologia osteoarticular: a Consulta de Enfermagem como agente facilitador no Processo de Transição para a Intervenção Cirúrgica

∞ ∞

Orientadora: Prof. Doutora Adriana Henriques
Orientadora de Estágio: Enfª Chefe Luísa Dias

Deiscente: Sandrina Fernandes

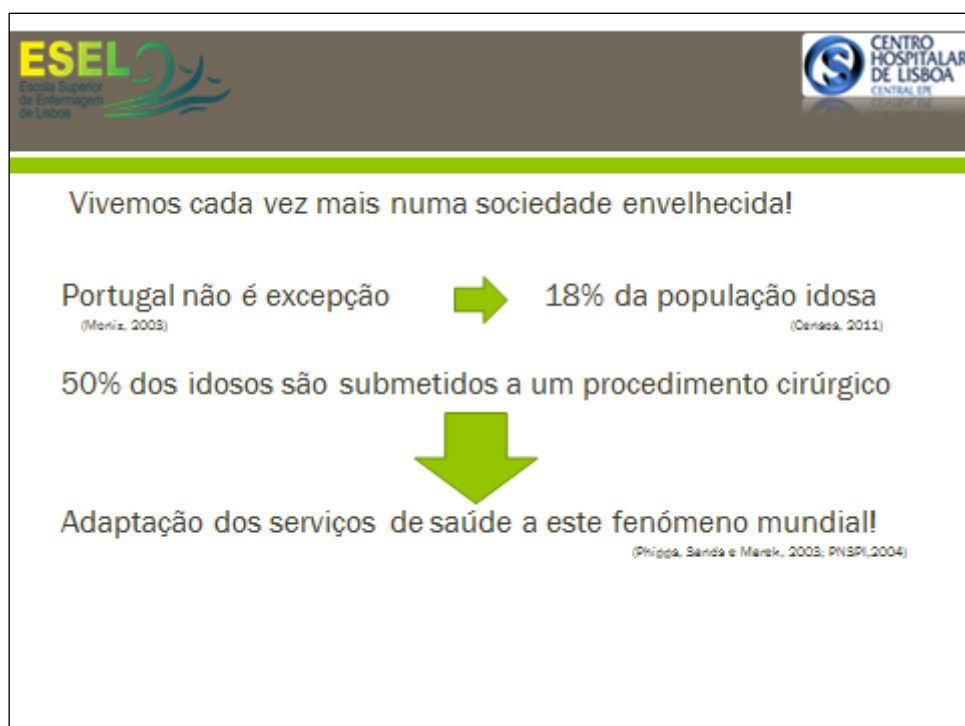
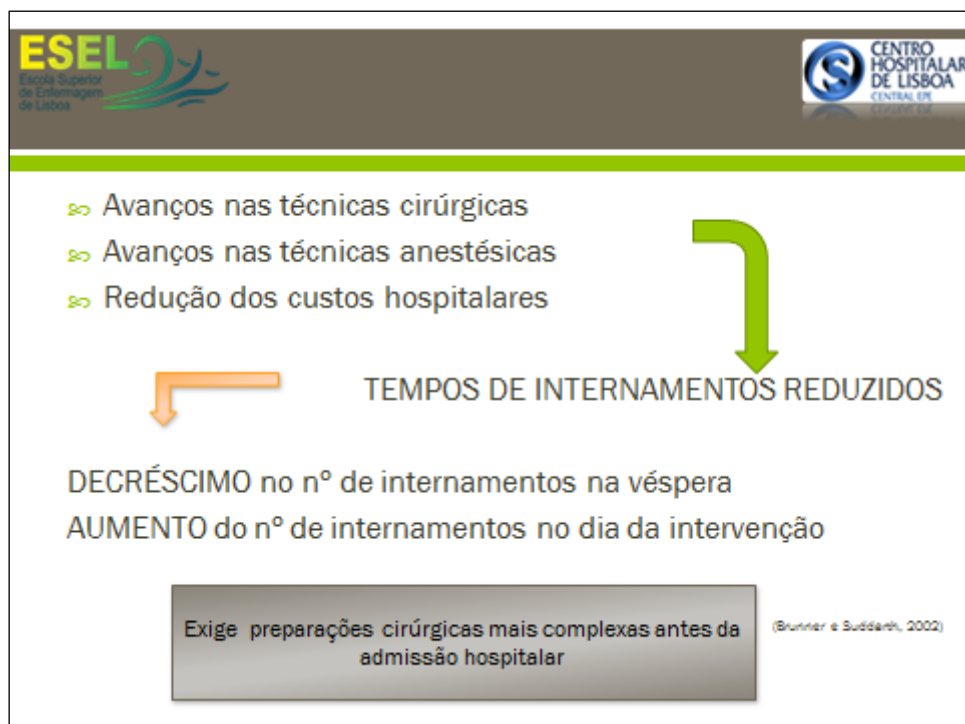


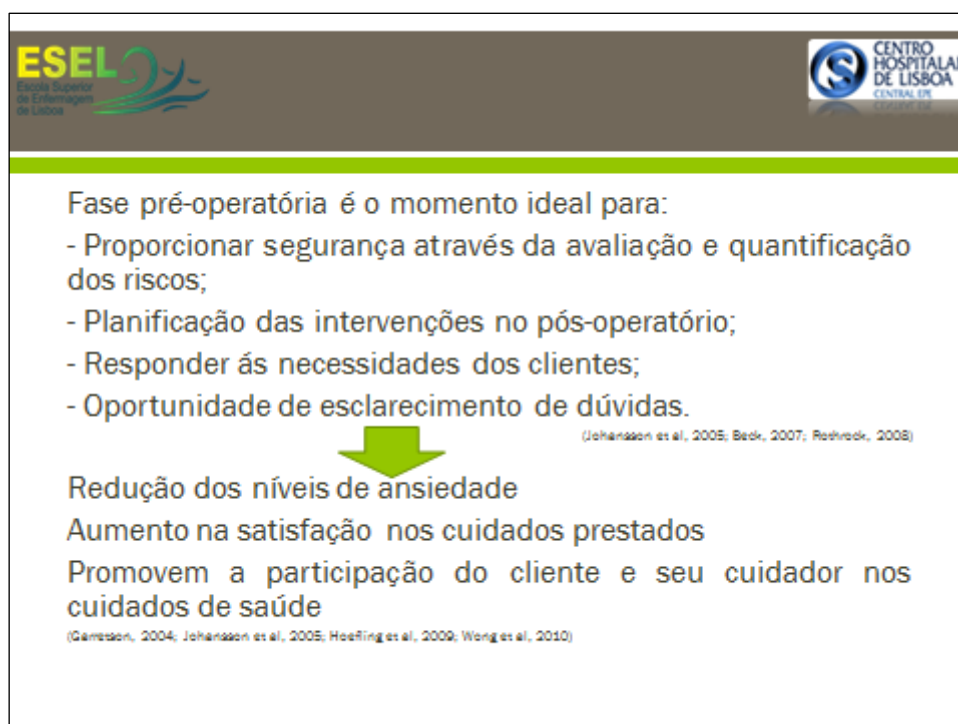
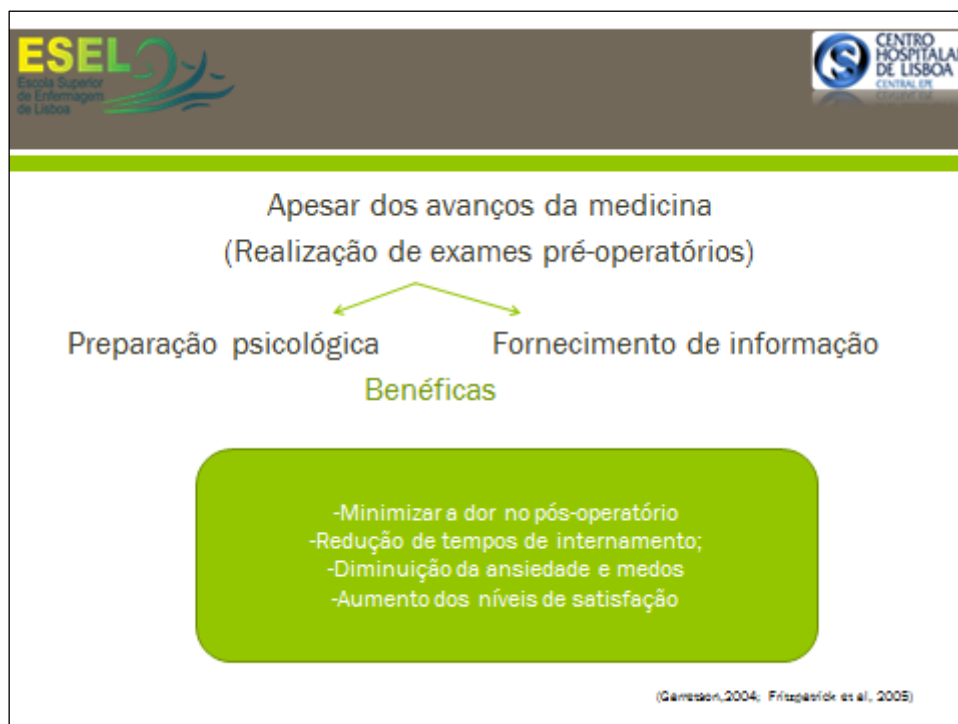
∞ **Objectivo Geral:**



- Divulgar as intervenções de enfermagem no atendimento à pessoa idosa na Consulta de Enfermagem de Ortopedia.

∞ **Objectivo Específicos:**

- Divulgar, sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a utilização de instrumentos específicos face à avaliação das necessidades biopsicossociais;
- Divulgar e capacitar os enfermeiros para a utilização do modelo SPICES, no atendimento à pessoa idosa;
- Divulgar o programa educativo desenvolvido na consulta de enfermagem pré-operatória de ortopedia.








∞ O ensino pré-operatório centra-se em informações:

- Relativas ao **procedimento**;
- Relativa às sensações que vivenciará (**sensorial**);
- Acções que promovam a redução da ansiedade (**comportamental**)

(Phigga et al., 2003; Restrode, 2009; Gomes, 2009)





∞ Face à adaptação dos serviços de saúde ao fenómeno mundial e baseando as intervenções de enfermagem na melhor evidência, surge a necessidade de utilização de instrumentos que vão de encontro às necessidades de uma população de idosos:

- Avaliação Multidimensional – Instrumento de Avaliação Integral (**IAI**);
- Modelo de **SPICES** (Terry Fulmer)



Avaliação Multidimensional (IAI)

- ⇒ Contempla os aspectos biopsicossociais do indivíduo;
- ⇒ Assenta num modelo holístico e avalia a capacidade funcional, a fragilidade, cognição e as circunstâncias sociais (Harvey e Wilson, 2008);
- ⇒ Promove a identificação de determinados problemas, que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento, sendo assim, abordados de forma adequada (Moreira, 2012);
- ⇒ Esta abordagem implica o envolvimento do cliente e familiares/cuidadores na elaboração de um plano individual (UMOCI, 2011).



- ⇒ A avaliação Multidimensional inclui a utilização de testes ou escalas apropriadas para a análise do humor, cognição, mobilidade e interacção social – a utilização de instrumentos de avaliação baseiam-se na simplicidade, rapidez, portabilidade e fidedignidade dos resultados.



Indicadores de presença de INCAPACIDADES



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRAL (IAI)



Instrumento de Avaliação Integral (IAI)

- Amplamente utilizado na RNCCI;
- Identifica um conjunto de informações de natureza bio, psico e social, delineado com base em ferramentas internacionais validadas;
- Contribui para a elaboração de um Plano Individual de Intervenção, em que a ênfase é posta na manutenção e recuperação das capacidades (Ministério da Saúde, 2010);
- Monitoriza a informação de natureza biopsicossocial de forma standardizada;
- O resultado do IAI traça um perfil biopsicossocial



SPICES

- Modelo desenvolvido por Terry Fulmer;
- Mnemónica que auxilia o enfermeiro na planificação dos cuidados no decurso de um internamento, através da exposição de problemas que afectam a população de idosos;
- Foca primordialmente os seis aspectos mais frequentes, que potenciam a condição de saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa (Fulmer, 2007);
- O modelo SPICES baseado na melhor evidência providencia um referencial na identificação de síndromes geriátricos.



SPICES



- ✂ **S**leep disorders – Distúrbio no padrão de sono
- ✂ **P**roblems with eating and feeding – Problemas com a alimentação
- ✂ **I**ncontinence – Incontinência
- ✂ **C**onfusion – Confusão
- ✂ **E**vidence of falls – evidência de quedas
- ✂ **S**kin breakdown – Alterações na pele



Consulta de Enfermagem - Objectivo



1. Proporcionar um acompanhamento à pessoa idosa e seu cuidador no seu processo cirúrgico no período pré-operatório, identificando e intervindo nas necessidades biopsicossociais, de forma a otimizar a sua recuperação no período pós-operatório



OBJECTIVO ESPECÍFICOS

Objectivos específicos:

- 1.1.Reduzir níveis de ansiedade e de receios face à iminência de uma intervenção cirúrgica, de forma a potencializar o sucesso de resultados pretendidos no processo cirúrgico;
- 1.2.Identificar necessidades de informação da pessoa idosa e seus familiares, direccionando a individualização das intervenções de enfermagem;
- 1.3.Capacitar a pessoa idosa e seu familiar de forma a decidirem sobre a sua saúde e bem-estar;
- 1.4.Proporcionar uma transição saudável face à iminência de uma intervenção cirúrgica;
- 1.5.Utilizar métodos e técnicas de ensino adequadas no que respeita ao conteúdo e à forma.
- 1.6.Identificar necessidades de cariz social e intervir adequadamente, com vista à optimização dos resultados no período de internamento e recuperação na comunidade.

Itens que constituem a Consulta de Enfermagem

- Instrumento de Avaliação Integral (IAI);
- Modelo SPICES;
- Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem;
- Programa Educativo



IAI

AMBULATÓRIO (ADM) SÃO

IAI- Instrumento de Avaliação Integrado

Aplicado individualmente a cada criança, antes

Data: ____/____/____

Dele se trata-se de: ____

Idade: ____ anos Total de: ____

SEI (Especialista): ____

Responde ou não aos critérios:

☐ a) prioridade

☐ b) a) prioridade e b) ausência de

IDC	1) Criança	2) Mãe/pai	3) 40 a 70 anos	4) 80 a 95 anos	5) 10 a 15 anos
1) Crianças com necessidades especiais *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) Crianças com deficiência física *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Crianças com deficiência auditiva *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Crianças com deficiência visual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Crianças com deficiência múltipla *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) Crianças com deficiência intelectual *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

[illegible]



∞ Pontuação dos Domínios

Predomínio de quatro níveis:
0/1/2/3


0 e 1 – desfavorável/indesejável
2 e 3 – favoráveis/desejável



∞ Perfil Biopsicossocial


As pontuações obtidas nos 12 domínios são transcritas sequencialmente, através de um registo numérico do conjunto das avaliações efectuadas:





ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

IAI



**CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
CENTRAL DE

➤ Após o preenchimento do IAI o enfermeiro é capaz de:

- . Identificar as necessidades do cliente e as suas limitações;
- . Identificar a rede familiar do cliente e a sua relação com os membros familiares;
- . Avaliar factores que afectam as AVD e as AIVD como: aspectos individuais, hábitos, rotinas, papel e interacção social, padrões comportamentais e, contextos culturais, ambientais e sociais;
- . Avaliar o estado nutricional, a cognição e o humor;
- . Promover estratégias de vida activa e a independência funcional;
- . Traçar o perfil biopsicossocial
- . Efectuar um Plano de Cuidados Individualizado;

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)		
SPICES	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES	OBJETIVOS
Imóvel (pouco ou não se move)	- Realizar mobilização ativa e passiva - Realizar exercícios de fortalecimento muscular - Realizar exercícios de equilíbrio - Realizar exercícios de flexibilidade	
Problema com segurança durante a marcha	- Realizar avaliação de risco de queda - Realizar avaliação de ambiente - Realizar avaliação de calçado - Realizar avaliação de iluminação	
Isolamento (pouco ou não se comunica)	- Realizar avaliação de suporte social - Realizar avaliação de comunicação - Realizar avaliação de habilidades cognitivas	
Obesidade (peso acima do normal)	- Realizar avaliação de estado nutricional - Realizar avaliação de hábitos alimentares - Realizar avaliação de nível de atividade física	
Estado de confusão (pouco ou não se orienta)	- Realizar avaliação de estado mental - Realizar avaliação de fatores precipitantes - Realizar avaliação de ambiente	
Queda (pouco ou não se mantém em pé)	- Realizar avaliação de risco de queda - Realizar avaliação de ambiente - Realizar avaliação de calçado - Realizar avaliação de iluminação	

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

∞ Distúrbios no padrão do Sono – *Sleep Disorders*

- . Nesta fase o enfermeiro questiona o cliente sobre:
 - o padrão habitual de sono;
 - factores que influenciam o distúrbio do mesmo

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

∞ Problemas com a alimentação – *Problems with eating and feeding*

Na área da nutrição o enfermeiro deve:

- . Avaliar o estado nutricional (utilização da MAN);
- . Identificar e avaliar factores que contribuem para o risco de malnutrição (depressão, náuseas e vômitos, dentição e problemas de higiene oral);
- . Registar a necessidade de instrumentos necessários (copos e talheres adaptados) e sugerir uma dieta adequada;

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

Incontinência = Incontinence

O enfermeiro deverá:

- Identificar a existência de incontinência;
- Avaliar o risco da alteração identificada;
- Promover o treino vesical e dos músculos pélvicos;
- Assegurar uma hidratação adequada de predomínio diurno e sugerir a diminuição da ingestão de líquidos 2 a 3 horas antes de deitar;
- Promover a mobilização e a actividade física
- Registrar na folha de registo as sugestões efectuadas e aconselhar um acesso fácil ao WC e de utensílios adequadas durante o internamento.



Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

Confusão – Confusion

O enfermeiro deverá:

- Avaliar o risco de delirium (utilização da escala MEEM);
- Na presença de risco, o enf^a deve:
 - . Sugerir a presença de familiares e/ou cuidadores aquando do internamento;
 - . Explicitar na folha de registo as rotinas e os hábitos do cliente (minimiza a sensação de um ambiente estranho)



Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

∞ Risco de quedas – Evidence of falls



O enfermeiro deverá:

- complementar a avaliação já efectuada no IAI, descrevendo os factores que contribuem para as quedas, nomeadamente externos e internos.
- Registar as sugestões e conselhos transmitidas ao cliente e aos seus pares.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (SPICES)

∞ Alterações da pele – Skin breakdown

Na fase de pré-admissão o enfermeiro deverá:

- Observar a integridade da pele;
- Identificar factores de risco (Sind. De imobilidade, má nutrição, incontinência urinária, etc.)
- Delinear estratégias face à presença de factores de risco;
- Informar e aconselhar estratégias que minimizem a ocorrência de lesões.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem - SPICES e IAI -

- Priorizar os problemas identificados;
- Elaborar um plano de cuidados individualizado face às necessidades identificadas (biopsicossociais);



Programa Educativo



- ⇒ Explicação simplista e com recurso a meios audiovisuais sobre a patologia e seu tratamento;
- ⇒ Informar sobre as limitações decorrentes no pós-operatório e sensibilizar o cliente para a necessidade de um cuidador após o regresso a casa;
- ⇒ Demonstração e explicação de escalas de avaliação da dor e ensino sobre técnicas e posições que ajudam no alívio da dor;
- ⇒ Informar sobre o funcionamento do serviço de internamento (horário das visitas, o que pode e/ou deve trazer, ...)
- ⇒ Visita guiada ao serviço de internamento e entrega de panfletos.

Referências Bibliográficas

- Abreu, Wilson Correia (2011). *Transições e conflitos multiculturais*. 2ª Edição. Coimbra: Formação
- Boonjird, Orlina et al. (2010) - Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. *Geriatrics Gerontology*. Vol.11. P. 20-210. Doi: 10.1111/j.1547-0294.2010.00871.x
- Sile, Graham; Langhorne, Peter (2005) - Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*. Vol. 71. 45-59. Doi: 10.1093/bmb/ldh022.
- Palmer, Terry (2007) - *SRGS*. ARL Vol.107, nº 10 P.40-68. Acesso em Dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com>.
- Garrido, J (2006) - Instabilidade e Quedas. In:OTTO, BLANCO, E - *Síndromes Geriátricas*. Edições Médicas. P. 61-78
- Gomes, Nollie (2009) - O idoso cirúrgico no pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas. Dissertação de candidatura ao Grau Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Hall, Kim; Mather, Mary (2010) - *SRGS* helps develop care plan. *Clinical Stat.* p. 21-22
- Harvey, Paula; Wilson, Dan (2009) - The role of specialist nurse in an acute assessment and liaison service. *Nurse Older People*. Vol.21/Nº10 P.24-28.
- Instituto Nacional de Estatística (2011) - *Censos 2011. Resultados Residenciais. Informação & comunicação social*. Acesso em 09/05/2012. Disponível em: <http://www.inec.pt>.
- Lucas, Brian (2007) - Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nursing Standard - Learning zone*. Vol.22,Nº2 (Setembro de 2007).p50-56. Acesso em Abril de 2012. Disponível em: <http://www.rcni.com.nh.gov/resources/17566429>.
- Lucas, Brian (2008) - Total hip and total knee replacement: preoperative nursing management. *British Journal of Nursing*. Vol.17, nº 21.p.12-68-1281.

Referências Bibliográficas

- Mendes, Aida; Silva, Anaclá; Nunes, Diolinda; Fonseca, Guida (2005) - Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista de Saúde*. Nº 10, nº1. p9-16.
- Ministério da Saúde (2010) - *Directiva Técnica nº 1/LMACS 2010 - Unidade de Modelo para os Cuidados Continuados Integrados*. Acesso em Outubro de 2012. Disponível em: www.msc.mt.gov.br
- Monte, José Manuel Nunes (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A Prática de Cuidados como Experiência Formadora*. Lusocência
- Moraes, Edgar; Martino, Márcia; Santos, Rodrigo (2010) - Principais Síndromes Geriátricas. *Rev. Med Minas Gerais*. Vol.20, p.56-66
- Moraes, Edgar (2012) - *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Organização Rev-america da saúde. Brasília.
- Paula, Adriana; Carvalho, Emília (1997) - Ensino sobre geriopsiquiatria a pacientes com diagnóstico de transtorno auditivo (vídeo) e oral. *Rev. Latino-am*. Vol.5, nº 2.p.15-22.

Apêndice XVIII

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENCAS

Área/Unidade/Especialidade: Serviço de Consulta Externa

Tema: Intervenções de Enfermagem à pessoa idosa com patologia osteoarticular: a consulta de enfermagem como agente facilitador no processo de transição para a intervenção cirúrgica.

Data 4/01 /2013

Hora: 8 h30

Duração: 40min.

Local: Consultas Externas do CHLC – H.S.José

SUMÁRIO:

- Divulgar, sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a utilização de instrumentos específicos para uma avaliação biopsicossocial do indivíduo;
- Divulgar e capacitar os enfermeiros para a utilização do modelo SPICES, no atendimento à pessoa idosa.
- Divulgar o programa educativo desenvolvido para a consulta de enfermagem de Ortopedia

Formador(es): Sandrina Fernandes, n.º mec. 14881

PRESENCAS

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
13574	Olinda M.ª C. Nunes Leite	Enf. Grad.	Consultas
13725	Lina Maria dos Santos	"	"
13726	Ana Rita Azevedo de Figueiredo	"	"
12132	Margarida M.ª S.ª F. Mestre	"	CI
13406	Arabela de Jesus Nobre	"	"
30694	Estela Sofia Ruivo Lourenço	Enf.ª	"
13788	Carla Alexandra F.ª Almeida	" Grad	"
11421	Henrieta Silva de Jesus	"	"
13760	Fernanda D.ª D. Fonseca F.ª Sousa	Enf.ª Grad	"
31007	Andréia Raquel Martins Borta	enfermeira	"
40582	Nádia V. Boixeda Barros	enfermeira	"

Responsável Luís Dias

Apêndice XIX

CAMPO DE ESTÁGIO: UCSP DE BENFICA

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas sentidas mundialmente, tem tido uma maior peso na população idosa, assim como, as alterações existentes na estrutura familiar, provocada pela ausência da mulher no domicílio, sendo esta considerada a cuidadora tradicional. Todas estas alterações levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento activo, são os desafios no momento, a nível global (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2009).

Houve, assim, a necessidade de definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados destes grupos da população, articulando com os serviços de saúde e sociais já existentes.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social (UMCCI, 2009).

O objectivo geral da RNCCI é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (UMCCI, 2009).

Esta Rede pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no cliente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como charneira do Sistema Nacional de Saúde (SNS), apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país.

Devido à minha imperícia sobre o campo de estágio a que me propus conhecer, senti a necessidade de actualizar e aprofundar conhecimentos sobre a organização e o funcionamento dos cuidados de saúde primário. Assim sendo, realizei uma pesquisa aleatória na internet sobre documentação legal (relatórios e despachos), documentos que relatassem a realidade e as actividades desenvolvidas nos cuidados de saúde primários. Essa actualização passou em consultar guias de orientação, assim como, relatórios de actividades desenvolvidas. Para alargar os horizontes assisti ao Iº Encontro das UCCs da Sub-Região Sul – o papel do enfermeiro nas respostas integradas de cuidados de saúde, realizada no dia 23 de Outubro de 2012.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta:



(Guia da Rede Nacional de Cuidados Integrados – Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados, 2009)

A **Unidade de Convalescença** tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico.

As **Unidades de Média Duração e Reabilitação** visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.

As **Unidades de Longa Duração e Manutenção** têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.

As **Unidades de Cuidados Paliativos**, tal como são definidas no âmbito da RNCCI, destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

Constituem também resposta da RNCCI, as **equipas domiciliárias**, designadamente as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e as **equipas de cuidados continuados integrados**.

As **Equipas de Cuidados Continuados Integrados**, da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cfr. nº 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, direccionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário (UMCCI, 2009).

De salientar também o papel relevante das **Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos** e das **Equipas de Gestão de Altas**.

As **Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos**, que como o nome indica estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital.

Constituem-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos (UMCCI, 2009).

As **Equipas de Gestão de Altas**, são equipas hospitalares multidisciplinares, cuja actividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório (UMCCI, 2009).

Constituem ainda **unidades de ambulatório** da RNCCI, as **Unidades de Dia** e de **Promoção de Autonomia**, que se destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia.

O modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços.

A coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (**UMCCI**) e é operacionalizada a nível regional e local (Equipas de Coordenação Regional (**ECR**) e Equipas de Coordenação Local (**ECL**), respectivamente. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes (UMCCI, 2009).

A sua constituição intersectorial, assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e da segurança social.

O processo de referenciação de doentes para e na RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem (UMCCI, 2009).

O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas, Equipas Coordenadoras Locais, Equipas Coordenadoras Regionais. Existe ainda a um outro nível, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados com enfoque na monitorização e na regulação (UMCCI, 2009).

O acesso à Rede é feito através de referênciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde. A responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI, mediante um processo de referênciação próprio, com critérios específicos, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário, é da competência da ECL (UMCCI, 2009).

Para o efeito, cada ECL é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referênciação.

É necessário que o doente (ou o seu representante) formalize sempre o seu consentimento informado e, no caso das Unidades de Reabilitação e Unidades de Manutenção aceite as respectivas condições de comparticipação.



(Guia da Rede Nacional de Cuidados Integrados – Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados, 2009)

A gestão da Rede assenta num sistema de informação, sendo obrigatório um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência. É o diagnóstico da situação de dependência que se constitui como suporte da definição dos planos individuais de intervenção, com um **instrumento único de avaliação**, que é de aplicação obrigatória nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia.

ENFERMAGEM E A RNCCI

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

O “exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2009:11). Mais se releva que “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (OE, 2009:12).

Neste contexto de actuação multiprofissional, enquadram-se dois tipos de intervenção:

- a) As iniciadas por outros técnicos da equipa – intervenções interdependentes, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção;
- b) As iniciadas pela prescrição do enfermeiro – intervenções autónomas, onde o enfermeiro tem a responsabilidade pela prescrição da intervenção e sua implementação.

Nos dois tipos de intervenções, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos que detêm, a identificação da problemática do alvo de cuidados, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, actuando no melhor interesse da pessoa assistida. Sempre que adequado, devem ser desenvolvidas e consolidadas as intervenções autónomas dos enfermeiros (OE, 2009).

Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das suas necessidades fundamentais.

Neste contexto, os enfermeiros orientam a sua intervenção para a satisfação dessas necessidades, a máxima independência na realização das suas actividades da vida, os

processos de readaptação e adaptação funcional aos défices, ajudando a pessoa/alvo de cuidados a construir o seu projecto de saúde (OE, 2009).

De acordo com o estudo de Pereira (2007) citado no Referencial do Enfermeiro para a RNCCI, emanado pela OE (2009), os dez focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde incluídos no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e documentados nos SIE em uso, são: adesão à vacinação, gestão do regime terapêutico, auto vigilância, papel parental, comportamento de adesão durante a gravidez, uso de contraceptivos, adesão ao regime terapêutico, úlcera de pressão cuidada, higiene e amamentação. Se associarmos que a adesão é essencial para o controle da doença e a prevenção de complicações, releva-se a importância do autocuidado, da aprendizagem cognitiva e de capacidades.

Passando dos resultados gerais, à situação da prestação de cuidados de enfermagem em ambiente da RNCCI, e juntando os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, emergem áreas centrais de atenção da profissão que devem nortear a prática, tais como: Dor, Gerir o regime, Adesão, Auto Cuidado, Prestador de Cuidados, Coping, Stress do prestador de cuidados, Dignificação da morte, que neste contexto são fulcrais (OE, 2009).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), a prestação dos enfermeiros na RNCCI visam:

- Prestar cuidados, assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência;
- Identificar situações de risco potencial e de crise, bem como realizar uma análise, proposta e implementação de soluções para os problemas encontrados;
- Intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança;
- Contribuir para a gestão de casos e monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados;

- Assegurar o apoio e o suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados, capacitando-os para a integração do doente no seio da família;
- Potenciar a integração do doente no seio da família, contribuindo para a efectividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde;
- Incentivar as pessoas, familiares ou outros para a organização de acções de auto-ajuda e/ou voluntariado, sendo o enfermeiro o dinamizador e organizador dos grupos, enquanto como um recurso profissional para às pessoas com dependência e suas famílias;
- Identificar as lacunas ou constrangimentos e realizar planos de intervenção para os suprir, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente e sua família ou cuidadores informais;
- Contribuir para a existência de informação – registos de enfermagem – que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A RNCCI

De acordo com o relatório de Monitorização da Rede (2007) citado no Referencial do Enfermeiro na RNCCI, emanado pela OE (2009) foram destacados diversos aspectos que contextualizam a prestação de cuidados que o enfermeiro deverá assegurar nas unidades e nas equipas. Com estes elementos e de acordo com as diferentes unidades da Rede, a OE analisou as áreas de intervenção dos enfermeiros gerais e dos enfermeiros especialistas no âmbito da especialidade, nas diferentes tipologias da Rede:

UNIDADES DE INTERNAMENTO				UNIDADE AMBULATÓRIO
UNIDADES DE CONVALESCENÇA	UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS	UNIDADE DE DIA E DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA
Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem permanentes	Cuidados de enfermagem periódicos
Higiene, conforto e alimentação				Alimentação - Higiene, quando necessária
Prescrição e administração de fármacos				
Apoio psicossocial			Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual	Apoio psicossocial
		Actividades de manutenção e de estimulação	Actividades de manutenção	Actividades de manutenção e de estimulação
		Apoio no desempenho das actividades da vida diária	Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços/unidades	
		Apoio nas actividades instrumentais da vida diária		
ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS				
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS				
ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA ESPECIALISTA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA – ADULTO E IDOSO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA		ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA – C. PALIATIVOS	ESPECIALISTA MÉDICO-CIRÚRGICA ESPECIALISTA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO				
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA				
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA – SAÚDE DO IDOSO E GERIÁTRICA				

(Ordem dos enfermeiros (2009), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro)

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2009:22). É o Enfermeiro “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2009:22).

A OE entende que todas as Unidades e Equipas Domiciliárias devem estar dotadas de Enfermeiros Especialistas:

- (1) Enfermagem de Reabilitação – porque se dirige essencialmente á recuperação e á adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média e de longa duração e ECCI domiciliárias;
- (2) Enfermagem Comunitária – enfermeiros com competências em saúde do idoso e geriátrica – em todas as unidades, sendo essenciais nas equipas de cuidados domiciliárias (ECCI e Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos -ECSCP) e na Unidade de Dia;
- (3) **Enfermagem Médico-Cirúrgica** - enfermeiros com competências em Saúde do Adulto e idoso em situação de doença crónica, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média duração e equipas domiciliárias;
- (4) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, particularmente na Unidade de Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Ao enfermeiro especialista em **enfermagem médico-cirúrgica**, particularmente os que têm opções relacionadas quer com **a Pessoa Idosa**, quer com Cuidados Paliativos, intervindo em situação crítica e em situação paliativa, realizando intervenções autónomas e interdependentes orientadas para a satisfação das necessidades decorrentes dos processos de adaptação aos problemas de saúde relevantes e para prevenção de complicações, em termos da RNCCI, pode intervir em todas as unidades, de acordo com a sua área de formação e/ou experiência (OE, 2009).

A todos os especialistas, compete participar na resposta a necessidades de formação dos profissionais de saúde, cuidadores formais e informais e cidadãos; realizar educação para a saúde, integrando redes de apoio; definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem; avaliar, através dos indicadores definidos, os ganhos em saúde das intervenções especializadas dos enfermeiros; promover a continuidade de cuidados e articulação entre as equipas e instituições; utilizar resultados e contribuir com dados para

a investigação, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com base na evidência.

De referir que o enfermeiro especialista, ao realizar o diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem para a pessoa idosa dependente, coordena e articula o exercício dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais.

Assim, a OE (2009) considera mínimo a afectação de:

- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a cada unidade de internamento e ECCI;
- Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com formação em pessoa idosa, nas unidades de convalescença e de média duração;
- Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e ou formação em cuidados paliativos, na unidade de paliativos e ECSCP;
- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a cada unidade, especialmente à unidade de cuidados paliativos e ECSCP.

DIÁRIO DE CAMPO

Experiência como futura enfermeira especialista na pessoa idosa numa UCSP de Benfica

Após uma actualização de saber sobre a RNCCI, necessitei de aprofundar e deter conhecimento sobre a reforma implementada nos Cuidados de Saúde Primários. Assim, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são uma componente dos sistemas de saúde que mais tem contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo (Ministério da Saúde, 2011).

Os CSP, enquanto pilar do Serviço Nacional de Saúde, assumem importantes funções de promoção e protecção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços, no sentido de ser garantido, de modo racional e eficiente, a continuação dos cuidados. Neste processo, é essencial a articulação de todos

os recursos comunitários, enfatizando a saúde como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais. Este processo visa aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os factores determinantes de saúde individual e colectiva no sentido de adopção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis (Ministério da Saúde, 2011).

Para atingir a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados na comunidade os CSP sofreram uma reestruturação na sua organização. Foram deste modo, constituídos os agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com uma dimensão menor do que as da Sub-Região, mas maior do que a média dos centros de saúde clássicos, com competências próprias legalmente atribuídas. Cada ACES é constituído por diferentes *unidades funcionais*, cuja missão e actividades se intersectam e complementam entre si.

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP) constituem uma dessas *unidades funcionais* do ACES que, à luz do disposto no seu artigo 10º, tem uma estrutura idêntica às Unidades de Saúde Familiar (USF) e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Assim sendo, as UCSP são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multidisciplinares. As actividades das UCSP desenvolvem-se com autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com outras *unidades funcionais* do ACES.

Após uma pequena e simplista contextualização da reorganização dos CSP vivida em Portugal, nomeadamente a existência da RNCCI e da UCSP de seguida irei relatar a minha experiência como aluna numa UCSP de Benfica, no acompanhamento das equipas de cuidados continuados integrados.

Esta breve passagem pelos cuidados de saúde primários, esta enquadrada neste projecto, de forma a enriquecer a minha experiência como enfermeira na detecção de necessidades da pessoa idosa e seu cuidador aquando do seu regresso a casa. Este enriquecimento vai favorecer as estratégias a adoptar no trajecto da minha consulta de enfermagem, através da experiência vivenciada no decurso do estágio. Eu, como enfermeira que sempre desempenhou funções em meio hospitalar, tenho um fraco conhecimento sobre os cuidados prestados e a realidade vivida na comunidade e das parcerias existentes nesta. Desta forma, o objectivo central desta experiência passou de certa medida em conhecer a realidade e as dificuldades sentidas pela pessoa idosa com

doença crónica e seu cuidador, no decurso de uma recuperação e a articulação existente entre o serviço de Saúde e de Apoio Social. Além do objectivo anteriormente descrito, um outro objectivo foi delineado, e passou em conhecer as estratégias e os meios utilizadas pelos enfermeiros inseridos nas equipas de cuidados continuados integrados na educação para a saúde face às dificuldades presentes, nomeadamente obstáculos de cariz fisiológico, ambientais e, outros.

A UCSP de Benfica detém uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados continuados, sendo esta equipa constituída por médicos, enfermeiros, assistente social e psicóloga. A equipa de enfermagem integrada na equipa de cuidados continuados assegura o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a atingir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência. A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira responsável pela coordenação, supervisão e gestão dos cuidados prestados e por duas enfermeiras, que prestam os cuidados diretos ao cliente dependente. Devido às incontinências políticas que o país atravessa, estas tem tido repercussões significativas nos cuidados primários, nomeadamente nas equipas de cuidados continuados, sendo os profissionais de enfermagem que integram estas equipas fortemente atingidos por estas medidas. A equipa encontra-se reduzida, sendo que anteriormente era constituída por cinco enfermeiros e neste momento é assegurada por dois profissionais de enfermagem. Cada enfermeira é responsável por uma determinada área de abrangência da UCSP de Benfica e seus respectivos residentes. Como descrito anteriormente, a actuação do enfermeiro enquadra-se em dois tipos de intervenção: as intervenções interdependentes, onde o enfermeiro implementa as indicações/prescrições dadas pela equipa médica (terapêutica endovenosa ou intramuscular ou outros tratamentos) e, as intervenções autónomas, onde o enfermeiro realiza o diagnóstico de enfermagem do cliente e sua família, planeiam as intervenções de enfermagem e avalia os resultados.

Acompanhei uma das enfermeiras que constitui a equipa de cuidados continuados e, tive o privilégio de observar, contribuir e reflectir sobre os cuidados prestados aos clientes abrangidos pela rede. Observei durante dois dias as intervenções de enfermagem aos clientes e sua família, tendo tido o privilégio de acompanhar durante estes dois dias intervenções e alguns dos resultados.

De seguida gostaria de relatar situações vivenciadas no decurso do campo de observação e, qual teria sido as minhas intervenções como enfermeira especializada no cuidado à pessoa idosa e seu acompanhante. Contextualizando a área de Benfica, esta é imensa e diversificada, observando-se assim realidades díspares devido a contextos socioeconómicos inerentes a esta. A faixa etária que maioritariamente usufrui da rede é constituída por pessoas idosas, sendo na sua maioria dependentes de terceiros para a realização e manutenção nas actividades de vida diárias e instrumentais. São idosos dependentes a serem cuidados por outros idosos, nomeadamente os vizinhos. Esta realidade foi observada na maioria dos casos assistidos, evidenciando assim, o que tem sido descrito pelos peritos. Das observações realizadas constatei que os idosos que detinham alguma mobilidade estavam de certa medida, propensos para o isolamento. Este não é somente advindo da restrição da funcionalidade mas, em grande parte, devido às estruturas arquitectónicas das suas residências. Muitas residências apresentam condições degradadas (escadas degradadas que potenciam o risco de queda) e outras não contemplam os serviços necessários, nomeadamente o funcionamento dos elevadores, potenciando assim, o isolamento e a restrição dos idosos nos seus lares. Sucedendo ao isolamento, a depressão e outras síndromes geriátricas vem de algum modo, acometer com maior potencialidade a saúde e o bem-estar da pessoa idosa e seu cuidador.

Após uma breve contextualização da realidade observada, irei de seguida relatar casos que suscitaram o meu interesse e proporcionaram momentos de reflexão que foram partilhados com a colega do qual acompanhei, promovendo assim, uma troca de conhecimentos que foram elencados de realidades e saberes diferentes, emanados da prática clínica.

Numa das saídas para a comunidade fomos solicitadas para realizar uma visita domiciliária a uma nova família, com o objectivo de realizar um levantamento de dados de forma a integrar essa família na RNCCI. Nessa visita, constatou-se que o agregado familiar era constituído por uma pessoa idosa do género feminino e sua filha, sendo esta a cuidadora da pessoa idosa dependente. Esta família estava a numa fase de transição, nomeadamente habitacional, tendo ido residir para a área de abrangência da UCSP de Benfica. Essa mesma família já usufruía de cuidados domiciliários e de cuidados continuados prestados por instituições de cariz social na área de residência anterior e encontrava-se de momento sem qualquer tipo de apoio na sua nova residência. As intervenções de enfermagem passaram em realizar um diagnóstico da situação de saúde

e social, avaliando as condições habitacionais e da saúde da pessoa idosa e inquerindo o cuidador sobre o que já beneficiava anteriormente e informando sobre o que existia na comunidade aonde residia. Constatou-se que o cuidador apresentava níveis de ansiedade elevados, tendo sido necessário repetir a informação diversas vezes e delinear em conjunto com esta as prioridades, nomeadamente burocráticos e da prestação de cuidados. Na minha perspectiva, a estratégia adoptada pela colega em priorizar as necessidades face aos cuidados que o cuidador necessitava de incorporar, foi deverás muito útil. Somente um reparo tem a apontar: face à ansiedade presente no seio desta família, eu teria de algum modo facilitado as questões burocráticas, de forma a agilizar a adaptação desta família na comunidade e teria escrito as recomendações dadas, impedindo assim esquecimentos ou equívocos. Após a entrevista, os dados adquiridos foram inseridos na plataforma da RNCCI, através do preenchimento de um instrumento de avaliação integral e enviado para ECR, perfazendo assim o circuito burocrático necessário. A ECR avalia a situação e valida a necessidade de ingressar na Rede.

Gostaria de relatar um outro caso que suscitou o meu interesse e, diz respeito a um casal de pessoas idosas, residentes numa residência com condições habitacionais razoáveis mas, com condições de higiene questionáveis. O idoso de género masculino sofre de D. Parkinson num estado avançado, sendo dependente nas actividades de vida diárias e instrumentais. No decurso da nossa visita, a cuidadora (sua esposa) manifestava as dificuldades vivenciadas no cuidar do marido, relatando que a situação era cada vez mais impraticável de suportar sozinha. No decurso da nossa conversa com o casal de idosos, fui observando as condições habitacionais em que viviam. O casal de idosos vivia num duplex e existia um colchão na sala, em péssimas condições de higiene. Esse aspecto foi questionado ao casal e a cuidadora explicou que nos momentos de agudização da patologia do marido, este não subia as escadas de forma a minimizar o risco de quedas e, assim este dormia num colchão na sala. Esse mesmo colchão apresentava manchas de urina, sendo evidente uma provável incontinência urinária. A conversa com o casal centrou-se maioritariamente na gestão da terapêutica e após a nossa intervenção, reflecti com a colega sobre potenciais aspectos que constituíam problemas de enfermagem – risco de quedas, incontinência de esfíncteres, alterações no padrão do sono, higiene habitacional deficiente e o desgaste do cuidador. Neste sentido, como futura enfermeira especialista na pessoa idosa ajudei de algum sentido na identificação de potenciais problemas e sugeri potenciais estratégias a adoptar. Como descrito anteriormente pela

Ordem dos Enfermeiros, a pertinência da existência de um enfermeiro especializado nesta área é crucial para a orientação de estratégias e identificação de problemas mais comuns na pessoa idosa. Senti de algum modo, que as minhas possíveis intervenções estariam limitadas pelo deficiente conhecimento na articulação entre os serviços existentes na comunidade e essa questão foi em certa medida elucidada pela colega que acompanhei. Após esta reflexão conjunta, a colega posteriormente foi registar as observações realizadas e delineou um novo plano de cuidados. Essa reestruturação iria começar em aumentar o número de visitas àquela família de idosos, de forma a validar as observações realizadas e requisitar a avaliação da assistente social.

Um outro caso de interesse para a minha formação profissional e para este projecto em si, passou em observar as estratégias usadas pelos meus pares no ensino a pessoas idosas e seus cuidadores. Gostaria de relatar um caso que suscitou o meu interesse e diz também respeito a um casal de idosos que vive em condições habitacionais razoáveis e têm um apoio incondicional dos vizinhos. A visita da enfermeira centra-se essencialmente no tratamento de uma úlcera varicosa e na supervisão e ajuste de terapêutica, nomeadamente, na administração de insulina. Numa das visitas fomos alertadas pela vizinha do casal, que a cliente insulínica terá tido um episódio de ida ao serviço de urgência, devido a um mal-estar associada a uma administração deficiente de insulina. Após esta informação, a enfermeira responsável pelos cuidados, questionou o casal sobre o sucedido e estes admitiram o que fora descrito pela vizinha. A enfermeira começou a realizar diversas questões, nomeadamente os hábitos alimentares, a regularidade dos testes de glicémia capilar e seu registo, tendo avistado deste modo, registos de valores inapropriados de glicémia capilar. Deste modo, iniciou um novo esquema terapêutico e aconselhou hábitos alimentares apropriados para a pessoa e sua situação. Esta informação teve que ser repetida por diversas vezes, devido à hipoacusia presente na pessoa portadora de Diabetes Mellitus tipo II e pela dificuldade de memorização do seu cuidador (também este idoso). Como futura enfermeira especialista na pessoa idosa teria tido as mesmas intervenções da colega mas, teria escrito essa informação, de forma evitar erros na administração da dose de insulina. Essa perspectiva foi aconselhada ao meu par, que aceitou de bom grado, para futuras situações.

De modo a largar os meus horizontes sobre a prestação do enfermeiro nos cuidados de saúde primários e as parcerias estabelecidas entre diferentes serviços, fui assistir ao Iº Encontro das Unidades de Cuidados na Comunidade – o papel da enfermagem nas

respostas integradas de cuidados de saúde, que decorreu no dia 23 de Outubro de 2012, no Auditório dos Serviços Operacionais da Câmara Municipal do Seixal. Este encontro suscitou o meu interesse devido a temas que se relacionavam com o meu campo de estágio: “Unidade móvel – Montes Isolados: UCC de Estremoz”, “ECCI Cuidar Ferreira na Proximidade: UCC Ferreira do Alentejo”, “Cuidados Paliativos – UCC da Lapa”, “Cantinho do Cuidador: UCC de Évora” e “Envelhecimento Activo – Mais Viver Mais Aprender: UCC S. Brás de Alportel”. Todos estes projectos estão de parabéns pelo esforço realizado pelos profissionais de saúde para os implementar na prática, bem como pela originalidade de alguns deles. É de congratular as unidades de Cuidados Paliativos e todo o seu esforço, em manter projectos com tal magnitude e importância, independentemente das adversidades do dia-a-dia. Estão também de parabéns os colegas de Évora pela originalidade na criação de um espaço para o cuidador, de forma aliviar a carga neste. Este projecto além da criação de um espaço físico com actividades, também criou uma rede de voluntários que disponibiliza recursos humanos para que o cuidador possa assistir às reuniões/actividades existentes nesse espaço, bem como na realização de outras actividades, tais como ida a cabeleireiro, compras, consultas médicas, etc.. Neste congresso pude constatar que o trabalho realizado na comunidade pelas equipas de saúde é complexo e que as parcerias existentes são inúmeras e igualmente complexas, de acordo com o projecto em si.

Da experiência adquirida e da reflexão realizada constado que ainda existe um longo caminho a percorrer mas, os primeiros passos já foram dados e em cada obstáculo existente no caminho, deveremos reflectir sobre o que foi feito e sobre o que falta fazer, de forma a continuar a caminhada.

De certa forma esta experiência adquirida veio enriquecer o projecto em si, nomeadamente no elencar das experiências apreendidas. Estas experiências foram preencher a lacuna existente do meu percurso como enfermeira cuidadora de pessoas idosas e seus familiares e, em certa medida irão contribuir para o saber necessário para delinear as estratégias e intervenções face à iminência de determinadas situações que, não são habituais em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Gesaworld, S.A. (2010) – *3 Anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em Outubro de 2012, de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf
- Ministério da Saúde (2011) – *Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Acedido em Outubro de 2012, de http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_161/aprovacao_ucsp.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do enfermeiro*. Acedido em Outubro de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009) – *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em Outubro de 2012, de www.mcci.min_saude.pt